

REVISTA DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA

Fundada en 1962

VOL. LV - N° 1 y 2 - 2017

Clínica Psiquiátrica Universitaria
Facultad de Medicina, Universidad de Chile

REVISTA DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA

Fundada en 1962

Clínica Psiquiátrica Universitaria

Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Universidad de Chile

Rector: Dr. Ennio Vivaldi V.

Hospital Universitario

Director Médico: Dr. Jorge Hasbún H.

Facultad de Medicina

Decano: Dr. Manuel Kukuljan P.

Clínica Psiquiátrica Universitaria

Director: Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic R.

Editor

Dr. Rodrigo Nieto R.

Subeditor

Dr. Jonathan Véliz U.

Secretaria Asistente

Srta. Jacqueline Medel R. (Bibliotecaria)

Secretario de Finanzas

Dr. Luis Risco N.

Comité Editorial

Dr. Carlos Almonte V.

Dr. Julio Pallavicini G.

Dr. Luis Risco N.

Dra. Graciela Rojas C.

Dr. Hernán Silva I.

Ps. Cristián Montes A.

Consejo Editorial

Dr. Ricardo García S.

Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic R.

Dra. Sonia Jerez C.

Dra. Marcela Larraguibel Q.

Ps. María Elena Montt S.

Dr. Julio Pallavicini G.

Dra. Alejandra Ramírez C.

Dra. Graciela Rojas C.

Dr. Juan Enrique Sepúlveda R.

Dr. Hernán Silva I.

Consejo Editorial Internacional

Renato Alarcón, MD, MPH

Emeritus Professor of Psychiatry

Mayo Clinic College of Medicine

Titular de la Cátedra Honorio Delgado

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Ricardo Araya, PhD, MRCPsych

Professor

Division of Psychiatry

University of Bristol

United Kingdom

Daniel Pilowsky, MD, MPH

Asistant Professor

Clinical Psychiatry and Epidemiology

Mailman School of Public Health

Columbia University

Eduard Vieta Pascual

Profesor de Psiquiatría

Director del Programa de Trastornos Bipolares

Hospital Clínico de Barcelona

Sid Zisook, MD

Profesor de Psiquiatría

Universidad de California, San Diego

Representante Legal

Dra. Graciela Rojas C.

Dirección

Av. La Paz 1003, Santiago de Chile

Diseño y composición: Gráfica LOM

Corrección de textos: Felipe Risco Cataldo

Impresión: Gráfica LOM

Índice

EDITORIAL	5
------------------------	---

ARTÍCULOS ESPECIALES

Burnout: una revisión de intervenciones basadas en la evidencia en salud mental <i>Tala A., Guajardo V., Díaz M.</i>	9
Estudio descriptivo del síndrome de burnout en becados de psiquiatría <i>Nieto R., Gálvez A., Mateluna X., Weinstein Y.</i>	15
El enfoque grupal de psicoterapia y de supervisión clínica: una instancia de psicohigiene en equipos de salud mental universitaria <i>Letelier A., López N., Balboa M.</i>	23

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Miedo al derrumbe y síntoma somático: dos buenas excusas para estudiar el proceso originario <i>Messina L.</i>	33
---	----

NEUROBIOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Neurofisiología de la empatía: una revisión de investigaciones <i>Verdugo R., Lorca E.</i>	39
---	----

COMENTARIO SOBRE LA PINTURA DE LA PORTADA	51
--	----

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES	53
--	----

Editorial

El presente número de la Revista de Psiquiatría Clínica está dedicado a las consideraciones que se deberían tener presentes para ejercer la práctica de la psiquiatría en el día de hoy. Por su misma naturaleza, el ejercicio de esta especialidad conlleva riesgos tanto en las consecuencias de la acción del terapeuta sobre el paciente, como también las repercusiones que este ejercicio provoca sobre el propio bienestar tanto del médico como del equipo de salud mental. Es así como es reconocido que la sobrecarga de trabajo significa riesgos sobre el sujeto que la ejerce. Estas consecuencias han recibido varios nombres tales como *burn out*, o bien disminución de la calidad de vida o del bienestar de los que la ejercen, con aparición de síndromes o trastornos psicopatológicos e incluso el suicidio. Por lo tanto, estos aspectos deben ser considerados en la formación del personal de salud mental como también en el ejercicio mismo de la profesión.

Lo que se entiende por calidad de vida posee dificultades en su definición, ya que este término señala una condición tanto física como mental que depende de la valoración tanto del que la experimenta, como también por la sociedad. Una definición de calidad de vida la caracteriza como el grado de bienestar general que alcanza una persona tanto en lo físico, mental y social. Se incluyen aspectos tales como síntomas, disfunción física, roles, funcionamiento social, emociones, cogniciones, percepciones acerca de la salud y la satisfacción general. Su empleo en la salud física está ampliamente difundido. En estas enfermedades la presencia de síntomas provoca

que el paciente esté incapacitado para efectuar las labores cotidianas en el trabajo, estudios, etc. Esta condición afecta la calidad de vida tanto para el sujeto que padece la enfermedad como a su entorno. Más aún es la totalidad de la relación del sujeto con el medio ambiente la que se compromete, pues la sociedad en su conjunto recibe las consecuencias de las enfermedades incapacitantes, tales como pérdida de fuentes laborales, menor productividad, gastos médicos asociados, pensiones laborales, etc.

Al emplear conceptos tales como bienestar y satisfacción se debe indicar que estos términos son empleados para señalar un estado que se puede alcanzar a partir de un constructo valorativo teórico. La propia definición de salud, concepto estrechamente relacionado con el de calidad de vida, incorpora conceptos que van más allá de los impedimentos físicos o enfermedades somáticas tradicionales. La definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud señala que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social. No consiste solamente en la ausencia de enfermedad o dolencia" (O.M.S. 1948). Este concepto de salud incorpora un aspecto valorativo que se acerca a las definiciones tradicionales de calidad de vida, pues la salud no es entendida solo como ausencia de un proceso patológico, sino además se debe mantener un estado de bienestar físico y mental.

Los profesionales comprometidos en los equipos de salud mental reconocen ciertos hechos como necesarios para lograr una adecuada calidad de

vida de un paciente, donde son de relevancia la presencia o ausencia de síntomas y enfermedades. En la valoración y medición de la calidad de vida en la salud mental se deben incorporar aspectos de mayor complejidad como las variables sociales, culturales, satisfacción vital, apoyo social, estado funcional, lo que requiere de indicadores normativos, objetivos y subjetivos para reconocer estas variables físicas, sociales y emocionales. Alcanzar este equilibrio entre la sociedad y el paciente implica considerar los diversos agentes sociales que influyen sobre el paciente y el equipo de salud mental. Es habitual que consideraciones culturales, políticas y grupos de acción social influyan en este delicado equilibrio que ha alcanzado un sujeto en la sociedad, factores que pueden comprometer y muchas veces hacer retroceder el nivel de calidad de vida real que se ha obtenido. El nivel real de adaptación alcanzado implica una ecuación entre la factibilidad de recuperación como resultado de técnicas terapéuticas con que se cuenta en un momento determinado y los niveles de funcionalidad que son posibles de alcanzar.

Uno de los aspectos que influyen en la calidad de vida en el caso de los profesionales de la salud mental es el relacionado con el *burn out* o síndrome de desgaste profesional. Es un padecimiento que a grandes rasgos consiste en la respuesta del sujeto ante factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo.

Aunque este síndrome no se encuentra reconocido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), sí es mencionado brevemente en la Clasificación Internacional de Enfermedades dentro del apartado asociado a “problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida”. Cabe indicar eso sí, que en algunos países europeos a las personas con desgaste profesional se les diagnostica con el síndrome de neurastenia (ICD-10, código F 48.0) siempre que sus síntomas estén asociados al tra-

bajo, considerándolo, por lo tanto, como una forma de enfermedad mental.

El Síndrome de Burnout (del inglés “*burn-out*”: consumirse o agotarse) se caracteriza por un progresivo agotamiento físico y mental, una falta de motivación por las tareas realizadas, y en especial, por importantes cambios de comportamiento en quienes lo padecen. Entre los síntomas más destacables está la desmotivación, el agotamiento mental, falta de energía, menor rendimiento, alteraciones cognitivas. Es frecuente en el personal sanitario (nutricionistas, médicos, enfermeras/os, psicólogas/os, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, terapeutas familiares y consejeros matrimoniales), así como personal administrativo y docente.

Entre las complicaciones del ejercicio profesional está también el suicidio, particularmente cuando están presentes cuadros psicopatológicos. Algunas publicaciones hacen referencia a una tasa de suicidios mayor en los médicos que la población general, particularmente durante cuadros depresivos. Tasas más altas de suicidio entre psiquiatras y el resto de la población médica no se ha ratificado. La incidencia de depresión entre estudiantes de medicina sería más alta que la población general.

De este modo, pensamos que la prevención del suicidio debería estar presente tanto en los planes de estudio de pre como de post grado. Es nuestra opinión que el proceso de selección de los postulantes a la especialidad de psiquiatría debería considerar estos aspectos para evitar las consecuencias de una práctica médica que conduzca a patologías, además de reforzar mediante actividades especializadas el desgaste y proporcionar medidas de autocuidado a los alumnos en formación de la especialidad, pues estos profesionales estarán a cargo no solo de la salud mental de la población, sino también de los mismos terapeutas que ejercen en este campo. Algunas de estas medidas ya han sido incluidas

en los planes de estudio de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, estableciéndose grupos de ayuda para el autocuidado conformado por docentes y alumnos en formación, quienes en forma activa participan de estas reuniones grupales semanales durante un período determinado, actividad que también es evaluada como formando parte del plan de estudios de formación en psiquiatría.

Como servicio hemos experimentado experiencias dolorosas como el fallecimiento reciente de nuestro alumno Juan Eduardo Riquelme, a quien

recordamos con afecto y enviamos a sus familiares saludos fraternales, lo que ha reforzado estas actividades de autocuidado como un requerimiento de la formación de post grado. Llevar a cabo estas actividades además de revisar los criterios de selección deberían ser considerados en futuros planes de estudios en psiquiatría, así como también de otros profesionales de la salud mental.

Fernando Ivanovic-Zuvic R.
Director Clínica Psiquiátrica Universitaria
Universidad de Chile

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barry M. Bienestar y satisfacción en la vida como componentes de calidad de vida en los trastornos mentales. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Eds.). Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona, Masson. 2000: 31-41.
2. Ivanovic-Zuvic F, Alvarado L. Evaluación psicosocial de los Epilépticos en Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2001; 39 (4): 303-315.
3. Lain Entralgo P. Salud y Enfermedad, Barcelona, Salvat. 1973.
4. Mezzich JE, Schmolke MM, Calidad de vida y diagnóstico comprensivo. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Eds.) Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona, Masson. 2000: 107-114.
5. Retamal P. Depresión y Suicidio. En: Gómez A, Silva H, Amon R. El suicidio. Mediterráneo, Santiago, 2018.

Burnout: una revisión de intervenciones basadas en la evidencia en salud mental

Burnout: a review of evidence-based interventions in mental health

Álvaro Tala T.¹, Viviana Guajardo T.¹, Marcela Díaz P.¹

RESUMEN

El burnout es un síndrome de origen multifactorial que surge como una respuesta a un estrés prolongado en el ámbito laboral, tiene 3 dimensiones, el agotamiento emocional, la despersonalización y la sensación de insatisfacción. Su prevalencia oscila entre un 4% y 30,5% en los trabajadores, para llegar a un 50% en trabajadores en salud mental.

Existen diversas estrategias para el manejo del burnout, sin embargo no está claro cuáles serían las más eficaces. El objetivo de este artículo es revisar las estrategias para el manejo del burnout, para ello se realizó un revisión narrativa que incluye el término de burnout entre los años 2012 y 2017 en buscadores PubMed.

Se encontraron siete estudios entre revisiones narrativas, sistemáticas y metaanálisis, en los cuales se describen estrategias individuales e institucionales; una investigación considera además las estrategias grupales. Se describe que para el adecuado abordaje del burnout se deben considerar no solo la responsabilidad del individuo, sino también la de las organizaciones de salud, tanto en su génesis como en su manejo.

Existen estrategias para abordar este problema de forma efectiva. Falta mayor precisión respecto al tipo de intervenciones, en qué combinación y en qué tiempos lograrían mayor efectividad, dado lo multifactorial de su origen y lo multidimensional de su problemática. Se requieren futuras investigaciones e intervenciones que permitan evaluar estas estrategias para el manejo de burnout en los distintos niveles de intervención.

Palabras clave: burnout, estrategias, salud mental.

¹ Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Campus Norte, Universidad de Chile.

ABSTRACT

Burnout is a syndrome of multifactorial origin that arises as a response to prolonged stress in the workplace, has 3 dimensions, emotional exhaustion, depersonalization and the feeling of dissatisfaction. Its prevalence ranges between 4% and 30.5% in workers, and reaches 50% in workers in mental health.

There are several strategies for the management of burnout, however it is not clear which would be the most effective. The objective of this article is to review the strategies for the management of burnout, for which a narrative review was carried out that included the term of burnout between 2012 and 2017 in PubMed search engines.

Seven studies were found among narrative reviews, systematics and meta-analysis, in which individual and institutional strategies are described, one research also considers group strategies. It is described that for the adequate approach to burnout should be considered not only the responsibility of the individual, but also that of health organizations, both in their genesis and in their management

There are strategies to address this problem effectively. There is a lack of precision regarding the type of interventions, in what combination and in what times they would achieve greater effectiveness, given the multifactorial nature of their origin and the multidimensional nature of their problems. Future research and interventions are required to evaluate these strategies for the management of burnout in the different levels of intervention.

Keywords: burnout, strategies, mental health.

INTRODUCCIÓN:

El burnout fue descrito por primera vez en 1961 (Rössler W, 2012). Actualmente es concebido como un síndrome de origen multifactorial que surge como una respuesta a un estrés prolongado en el ámbito laboral. Para caracterizarlo y abordarlo se han descrito 3 dimensiones: el agotamiento emocional, que alude a la sensación de sentirse vaciado de los recursos físicos y emocionales, la despersonalización que involucra la dimensión interpersonal de distanciamiento del objeto de trabajo, y la sensación de insatisfacción, que corresponde a la sensación de incompetencia y de falta de logros/productividad en el ambiente laboral (Aronsson G, 2017).

Su prevalencia oscila entre un 4% a un 30,5% en población laboral (García Campayo 2016). Sin embargo, hay cifras que señalan prevalencias cercana al 50% en profesionales médicos, y que en profesionales psiquiatras tendrían un perfil de riesgo más negativo de burnout, que el resto de

profesionales de la salud. Esto se traduce en consecuencias negativas no solo para los profesionales que lo sufren, sino también para los pacientes y las instituciones donde se desenvuelven, en términos tan concretos como mayor frecuencia de errores médicos, menor satisfacción usuaria, mayor cantidad de litigios y mayores costos en recursos humanos para la institución (Barnett K. A. G. 2017) (Hall, L. H. 2016).

Si bien todas las profesiones del ámbito de la salud están expuestas al burnout por factores como la sobrecarga laboral, extensas jornadas laborales, y en ocasiones escaso apoyo institucional, se ha visto que aquellas ligadas a la salud mental tienen estresores específicos que las podrían hacer más vulnerables, como la relación demandante por parte de los pacientes, los riesgos de autoagresión/heteroagresión presentes en la atención, y las particularidades del marco médico-legal en este ámbito (Rössler W, 2012).

Por este motivo, es de gran importancia diagnosticar y abordar tempranamente este problema en los individuos, equipos e instituciones que trabajan en salud mental.

El objetivo de este estudio es revisar estrategias descritas en la literatura que permiten abordar la problemática del burnout en la práctica de salud, y dar a conocer las características de éstas.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa, mediante el buscador PubMed, utilizando el concepto burnout. Se seleccionaron revisiones, revisiones sistemáticas, metaanálisis de los últimos 5 años (2012-2017), que estuviesen en inglés o español, que a criterio del equipo investigador parecieran pertinentes para el objetivo del estudio.

RESULTADOS

Se seleccionaron 7 estudios, de los cuales 3 fueron meta análisis, 1 revisión sistemática y 3 revisiones narrativas.

En la literatura se describen variadas intervenciones para abordar la problemática del burnout, divididas principalmente en estrategias individuales e institucionales. No obstante, algunos autores describen estrategias a nivel grupal que podrían influir en la prevalencia del burnout.

Estrategias individuales

Entre las estrategias individuales se encuentran (Demerouti E, 2015) (Rothenberger, D. A. 2017):

1. Promover los estilos de afrontamiento centrados en la resolución de problemas en las situaciones controlables y los centrados en la evitación en aquellas de difícil control, entendiéndose como aquellos esfuerzos dinámicos cognitivos y conductuales desarrollados para manejar demandas internas y/o externas juzgadas como superiores a los recursos propios del individuo.
2. Recuperarse del trabajo, entendido como el proceso en el cual el individuo vuelve a niveles de funcionamiento pre-estresor, esto mediante técnica como desligarse mentalmente del trabajo, realizar actividades de bajo esfuerzo para el individuo e involucrarse en actividades con seres queridos.
3. Estrategias cognitivo-conductuales para la resolución de problemas, como el modelo de optimización selectiva con compensación, consistente en seleccionar metas y priorizar, optimizar y desarrollar estrategias relevantes para cumplir dichas metas, y el uso de medios compensatorios cuando ya no se cuenta recursos previamente disponibles.
4. Promover el bienestar físico, mediante adecuado ejercicio, nutrición y sueño.
5. Integrar una perspectiva trascendental al quehacer, desde una mirada religiosa o espiritual, materializándose en estrategias como la oración y la meditación.
6. El uso del humor, ya sea con uno mismo o en conjunto con otros.
7. Elaboración del trabajo, que representa las acciones que toman los trabajadores para alterar sus tareas, interacciones en su desarrollo y percepciones de éstas. Por ejemplo, el interactuar con otro profesional con quien normalmente no se dialoga.
8. Diversificar la naturaleza de las responsabilidades laborales. Por ejemplo, no solo dedicarse a la clínica, sino también a investigación o docencia.
9. Darse espacios de diálogo con pares respecto de las dificultades laborales.

10. Establecer límites entre el trabajo y otras áreas de la vida.
11. Dedicar al menos un 20% del tiempo del trabajo a aquella parte de la práctica que le es más significativa.

Estrategias a nivel de grupo

Entre las estrategias a nivel de equipos se incluyen (García-Campayo, J. 2016):

1. Escuchar a los otros primero
2. Reconocer y aceptar las diferencias de opinión.
3. Evitar ser grosero con los pares y no aceptarlo de otros.
4. Pedir aclaraciones si se tienen dudas
5. Clarificar las responsabilidades
6. Proveer actualizaciones a quienes lo requieran.
7. Ser sensible a los rasgos y características de otros.
8. Establecer reglas básicas de funcionamiento
9. Promover la adecuada comunicación en el equipo y ser asertivo al expresarse.
10. Mantener un balance adecuado del poder.

Estrategias organizacionales

Entre las estrategias organizacionales se describen (Shanafelt T. D., 2017) (Rothenberger, D. A. 2017) :

1. Reconocer la existencia del problema y evaluarlo.

2. Promover, desarrollar y monitorizar los liderazgos.
3. Desarrollar e implementar estrategias dirigidas a focos específicos.
4. Cultivar la comunidad en el trabajo
5. Usar de forma adecuada las recompensas, teniendo como foco el bienestar.
6. Fortalecer la cultura de la organización y alinear sus valores con sus trabajadores.
7. Promover la flexibilidad y la integración entre la vida laboral y extra-laboral.
8. Entregar recursos que promuevan la resiliencia y el autocuidado.
9. Facilitar y financiar la ciencia organizacional del bienestar.

No existiría claridad sobre cuál intervención y a qué nivel sería francamente superior a otra, así como tampoco se ha estudiado consistentemente el impacto a largo plazo de las intervenciones. También se desconocen los intervalos precisos en que las intervenciones efectivas debieran volver a ejecutarse para eventualmente mantener o maximizar sus efectos (West C, 2016). Asimismo, se describe que las diferentes intervenciones podrían influir de forma diferenciada en los diversos aspectos que engloba el burnout, lo cual no ha sido suficientemente evaluado en los estudios (Aronsson G, 2017).

Se describe que para el adecuado abordaje del burnout se deben considerar no solo la responsabilidad del individuo, sino también la de las organizaciones de salud, tanto en su génesis como en su manejo (Shanafelt T. D., 2017) (Rothenberger, D. A. 2017) y que probablemente la combinación de intervenciones a diferentes niveles tenga un mayor efecto que las intervenciones en

uno solo, teniendo las intervenciones a nivel organizacional un mayor tamaño de efecto respecto de las individuales (Panagioti M., 2017).

DISCUSIÓN

El burnout es un problema frecuente en quienes trabajan en salud y en especial en salud mental, aunque no se encontraron intervenciones diseñadas específicamente para esta área ni que tuviesen mejores resultados.

Tras la revisión se vislumbra que existen estrategias para abordar este problema de forma efectiva. Si bien aún falta mayor precisión respecto al tipo de intervenciones, en qué combinación y en qué tiempos lograrían mayor efectividad, dado lo multifactorial de su origen y lo multidimensional de su problemática, nos parece razonable considerar que entre más niveles del problema se aborden en conjunto y con mayor duración o reiteración en el tiempo, es más probable que se maximicen los efectos beneficiosos de las intervenciones.

Cabe destacar la importancia de que la institución integre dentro de su desarrollo y objetivos el bienestar de sus trabajadores, ya que no solo pareciera ser responsable de las intervenciones con mayor efecto en disminuir el burnout, sino que además esto se traduce también en potenciales beneficios para la institución y sus usuarios en otros parámetros, como productividad, menor recambio de profesionales, satisfacción usuaria, adherencia al tratamiento y seguridad del paciente (Shanafelt T. D., 2017).

El foco de varias intervenciones descritas no solo se centra en disminuir los conflictos, sino que ante el escenario de ser imposible que no ocurran, promover estrategias que permitan que haya un crecimiento y desarrollo de la institución y sus miembros, lo cual podría disminuir

las cifras de burnout en el largo plazo. Además, algunos autores plantean que las estrategias deberían no solo enfocarse en la prevención del burnout, sino también en la promoción de compromiso o "engagement" con el trabajo (Maslach, 2016) que se constituye con los elementos opuestos del burnout, es decir, alta energía, alto involucramiento y un sentido de satisfacción.

En relación a la experiencia de burnout particularmente en los psiquiatras, aunque no se han identificado estrategias distintas a otras poblaciones, cabe señalar que la relación entre pares es una importante fuente de información respecto a la eficacia en la vida profesional. Aun cuando se han recomendado varias estrategias a utilizar; por ejemplo, mindfulness, estrategias de autoconciencia, coaching cognitivo conductuales, grupos de apoyo, uso de enfoque comunitario en ambiente de trabajo, etc., no se han realizado investigaciones sobre su viabilidad ni fiabilidad. Para los estudiantes y residentes el apoyo es un factor crítico que incluye a compañeros, miembros de la comunidad académica, consejería y relaciones personales (Chang, 2012).

Dentro de las limitaciones de esta revisión, se incluye el sesgo de selección inherente al diseño metodológico, por lo que podrían haber sido excluidas algunas intervenciones. También se debe tener en consideración que la revisión narrativa también disminuye lo generalizable de los resultados. Por otra parte, tampoco considera cómo las realidades locales pueden influir en el impacto de dichas intervenciones. Pese a lo anterior, consideramos que al incluir revisiones sistemáticas y metaanálisis, incluimos evidencia que puede acortar esta brecha en los sesgos.

Se requieren futuras investigaciones e intervenciones que permitan evaluar estas estrategias para el manejo de burnout en los distintos niveles de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC public health*, 17(1), 264.
2. Barnett, K. A. G. (2017). In Pursuit of the Fourth Aim in Health Care. *Medical Clinics*, 101(5), 1031-1040.
3. Chang E, Eddins-Folensbee F, Coverdale J. Survey of the prevalence of burnout, stress, depression, and the use of supports by medical students at one school. *Acad Psychiatry* 2012; 36:177-82
4. Demerouti, E. (2015). Strategies used by individuals to prevent burnout. *European journal of clinical investigation*, 45(10), 1106-1112.
5. García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., & Daudén, E. (2016). Burnout Syndrome and Demotivation Among Health Care Personnel. *Managing Stressful Situations: The Importance of Teamwork. Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, 107(5), 400-406.
6. Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PloS one*, 11(7), e0159015.
7. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <http://doi.org/10.1002/wps.20311C>.
8. Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., & Esmail, A. (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *Jama internal medicine*, 177(2), 195-205.
9. Rössler, W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(2), 65-69.
10. Rothenberger, D. A. (2017). Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Diseases of the Colon & Rectum*, 60(6), 567-576.
11. Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017, January). Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. In *Mayo Clinic Proceedings (Vol. 92, No. 1, pp. 129-146)*. Elsevier.
12. West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272-2281.

Correspondencia a:
alvarotalat@gmail.com

Estudio descriptivo del síndrome de burnout en becados de psiquiatría

Burnout syndrome in psychiatry residents: a descriptive study

Rodrigo Nieto R.¹, Alejandra Gálvez B.¹, Ximena Mateluna C.², Yael Weinstein G.²

RESUMEN

El síndrome burnout se define como una respuesta a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas que se han de realizar. Actualmente es entendido como un problema social y de salud pública, que daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye la calidad asistencial. Considerando la alta carga emocional que supone el contacto permanente con dificultades de salud mental, este estudio tiene como objetivo explorar los niveles de riesgo de desgaste profesional en un grupo de médicos cursando el programa de especialidad en psiquiatría. Se aplicó la encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) a un total de 22 becados de psiquiatría de la Clínica Psiquiátrica Universitaria (en septiembre 2010), y se registraron las características demográficas para el análisis posterior. Los puntajes promedio obtenidos en las subescalas de Agotamiento Emocional, Despersonalización, y Logros Personales se analizan para distintos subgrupos de acuerdo a las características demográficas estudiadas (género, estado civil, experiencia previa, programa de formación y año de beca).

Palabras claves: Residentes psiquiatría, burnout, agotamiento emocional, despersonalización, logros personales, escala de Maslach

ABSTRACT

Burnout syndrome is defined as a response to a chronic emotional stress, whose main features are physical and psychological exhaustion, a cold and depersonalized attitude in the relationship with others and a feeling of inadequacy in the tasks to be performed. Currently it is understood as a social and public health problem, which damages the quality of life of the person who suffers it and decreases the quality of care. Considering the high emotional burden of permanent contact with mental health difficulties, this study aims to explore the levels of risk of professional burnout in a group of doctors pursuing the specialty program in psychiatry. The Maslach Burnout Inventory (MBI) survey was applied to a total of 22 psychiatry scholars from the University Psychiatric Clinic (in September 2010), and the demographic characteristics were recorded for the subsequent analysis. The average scores obtained in the subscales of Emotional Exhaustion, Depersonalization, and Personal Achievement are analyzed for different subgroups according to the demographic characteristics studied (gender, marital status, previous experience, training program and year of residency).

Keywords: Psychiatry residents, burnout, emotional exhaustion, depersonalization, personal achievement, maslach scale

¹ Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Campus Norte, Universidad de Chile.

² Servicio Médico y Dental de los Alumnos (SEMDA), Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout se define como una respuesta a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas que se ha de realizar (1). Actualmente es entendido como un problema social y de salud pública, que daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye la calidad asistencial (2).

Una conceptualización que aborda los riesgos laborales asociados al trabajo en situaciones de ayuda es la de burnout. Maslach (1982) lo entiende como un cansancio físico y emocional, que involucra el desarrollo de una desvalorización del autoconcepto y el surgimiento de actitudes negativas hacia el trabajo, así como también pérdida de preocupación o emoción en el trato con las personas a quienes beneficia a través del trabajo. Esta condición se presenta fundamentalmente en personas que trabajan en ámbitos de ayuda a otros, y que viven en contacto directo y continuo con personas necesitadas de apoyo (3).

Se encuentran pocas referencias e investigaciones acerca de los riesgos de equipo y burnout en profesionales psiquiatras, y cuando se trata de evaluar la salud de jóvenes universitarios, en general se ha privilegiado a aquellos jóvenes estudiantes de pregrado.

Los primeros estudios se remontan a algunas décadas atrás, cuando Pallavicini y cols. (1988) describieron un cuadro caracterizado por manifestaciones de tensión, presente en 91% de los estudiantes de medicina, con duración variable de días a meses (4). En tanto, Restrepo y cols. (1988) describen que los estudiantes señalan como factores de tensión durante la carrera, las exigencias académicas, la falta de tiempo para estar con los familiares y amigos y para practicar actividades recreativas (5). Respecto a estudios más recientes

en estudiantes de pregrado, Marty y cols. (2005) encontraron una prevalencia de estrés de 36,3%, mayor en mujeres que en hombres. Asimismo, encontraron que el primer año de Medicina tiene más estrés que el resto de los cursos de la carrera (6). Por su parte, Perales y cols. (2003) detectaron en estudiantes de medicina altos niveles de estrés y hábitos de vida afectados por las exigencias de los estudios médicos, con disminuidas oportunidades de disfrute y de entretenimiento social. Plantean que los problemas de salud mental observados en estudiantes de medicina disminuirían en caso de establecerse programas de intervención orientados al manejo preventivo del estrés (7).

Una vez que los estudiantes de medicina se titulan, y posteriormente ingresan a un programa de formación de especialistas (período formativo que en ocasiones también se denomina como "beca" o "residencia"), se ha descrito que la prevalencia de agotamiento emocional continúa aproximadamente al mismo nivel encontrado durante la escuela de medicina (44-50%), mientras que aumentan tanto la prevalencia de despersonalización (32-38%) como los puntajes de burnout en general (60%) (8, 9).

Respecto a la evolución del burnout durante la residencia, algunos estudios transversales multicéntricos y otros pequeños longitudinales sugieren que la prevalencia del agotamiento emocional aumenta con cada año de residencia (10, 11), mientras que otros encuentran una prevalencia sostenida a lo largo de los años de residencia (12), y otros un riesgo menor después del primer año (13).

Por otra parte, se desconoce si la prevalencia del agotamiento durante el período de formación de especialistas varía según la especialidad (8). Un estudio reciente de médicos estadounidenses, sin embargo, sugiere variaciones bastante grandes en la prevalencia de agotamiento entre los médicos en ejercicio dependiendo de la espe-

cialidad, con la tasa más alta entre aquellos que trabajan en disciplinas en la primera línea de acceso a la atención médica (14).

Respecto a residentes de psiquiatría, se encuentran pocas publicaciones que han sido realizadas en diferentes países. Los italianos han reportado niveles moderados de burnout (15), mientras que los japoneses han reportado tasas mayores, que llegan al 40% (16).

Además de las posibles diferencias por especialidad, la prevalencia del agotamiento también puede variar según el país donde se realiza el estudio de postítulo y el país de origen del becado o residente. Aunque es probable que algunos de los factores estresantes sean diferentes, también hay similitudes (contactarse con los que sufren, con la posibilidad de fallecer de un paciente, la posibilidad de errores médicos, la sobrecarga de trabajo, entre otros). Comparaciones directas entre estudios de burnout de residentes de distintas partes del mundo son complejas debido a las amplias variaciones en la formación médica y a las diferencias metodológicas entre distintos estudios (8).

Surge así el interés por desarrollar una investigación exploratoria que permita conocer los niveles de riesgo de desgaste profesional en un grupo de estudiantes de postítulo en psiquiatría de nuestro medio. Esta especialización aparece como un campo de formación en el que los formandos pueden enfrentar los riesgos implicados en una labor de contacto permanente con dificultades que tienden a ser complejas, muy dependientes del contexto y en la cual, la resolución del malestar, sufrimiento o trastorno que los pacientes sufren, muchas veces responde a determinantes de la salud mental que exceden la labor desarrollada por los profesionales en los distintos espacios clínicos.

Considerando la alta carga emocional que supone el contacto permanente con dificultades de

salud mental, este estudio tiene como objetivo explorar los niveles de riesgo de desgaste profesional en un grupo de médicos que cursan el programa de especialidad en psiquiatría.

MÉTODO

Se aplicó la encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) a un total de 22 becados de psiquiatría de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, de la Universidad de Chile, en septiembre de 2010. Así mismo, se registraron las siguientes características demográficas: género (femenino, masculino), estado civil (soltero, casado, viudo), experiencia previa (recién egresado, médico general de zona, o trabajo como médico distinto a general de zona), programa de formación (psiquiatría adultos o psiquiatría infanto-juvenil) y año de beca (primero, segundo, o tercer año).

Los puntajes de la escala MBI fueron calculados para el grupo total, así como para cada subgrupo definido en base a las características demográficas mencionadas.

Se desglosa el puntaje de los tres principales componentes del burnout que entrega esta escala: el agotamiento emocional, la despersonalización (que se refiere a la dimensión interpersonal de distanciamiento del paciente) y la satisfacción con los logros personales en el ámbito laboral. Un puntaje mayor en "agotamiento emocional" y en "despersonalización", así como un puntaje menor en "logros personales", son indicadores de mayor burnout.

RESULTADOS

Respecto a la distribución de las características demográficas de los sujetos encuestados, se pueden observar en la columna izquierda de la tabla 1. La edad promedio fue de casi 30 años, y aproximadamente 6 de cada 10 encuestadas fueron mujeres. Respecto al estado civil, más de dos tercios de la muestra eran solteros al mo-

Tabla 1. Resultados según características de los sujetos				
Subescala		Agotam. Emocional	Despersonalización	Logros Personales
Edad promedio	29,4 años	23,36	6,59	35,63
Género				
Mujeres	13 (59%)	25,31	6,46	35,46
Hombres	9 (41%)	20,56	6,78	35,89
Estado Civil				
Soltero	15 (68%)	23	7,4	35,4
Casado	6 (27%)	24,83	5,67	35,5
Viudo	1 (5%)	*	*	*
Experiencia				
Recién egres.	12 (55%)	22,17	7	35,17
General zona	6 (27%)	24,5	6,17	36,17
Trabajo médico	4 (18%)	25,25	6	36,25
Programa				
Adultos	16 (73%)	21,06	5,88	36,69
Infanto-Juvenil	6 (27%)	29,5	8,5	32,83
Año de beca				
Primer año	8 (36%)	19,38	4,75	36,38
Segundo año	8 (36%)	21,75	5,75	36
Tercer año	6 (27%)	30,83	10,17	34,17

* no se reportan los datos de subgrupos con n menor a 3

mento de la evaluación. Menos de la mitad contaba con experiencia previa, ya que un 55% de los encuestados era recién egresado. Aproximadamente un tercio corresponde a cada uno de los tres años de formación. Aunque un mayor número pertenece al programa de formación de psiquiatría adultos, cabe recordar que este programa tiene más alumnos.

Los puntajes promedio obtenidos en las subescalas de Agotamiento Emocional, Despersonalización, y Logros Personales, se encuentran también en la tabla 1, en las columnas correspondientes. Se muestra en filas distintas el resultado de los subgrupos correspondientes a las características demográficas estudiadas (género, estado civil, experiencia previa, programa de formación

figura 1

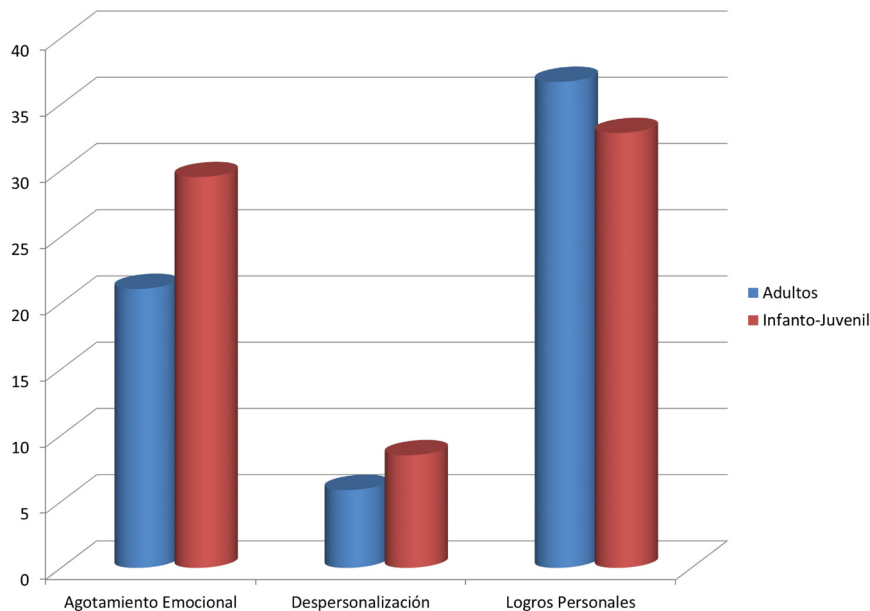
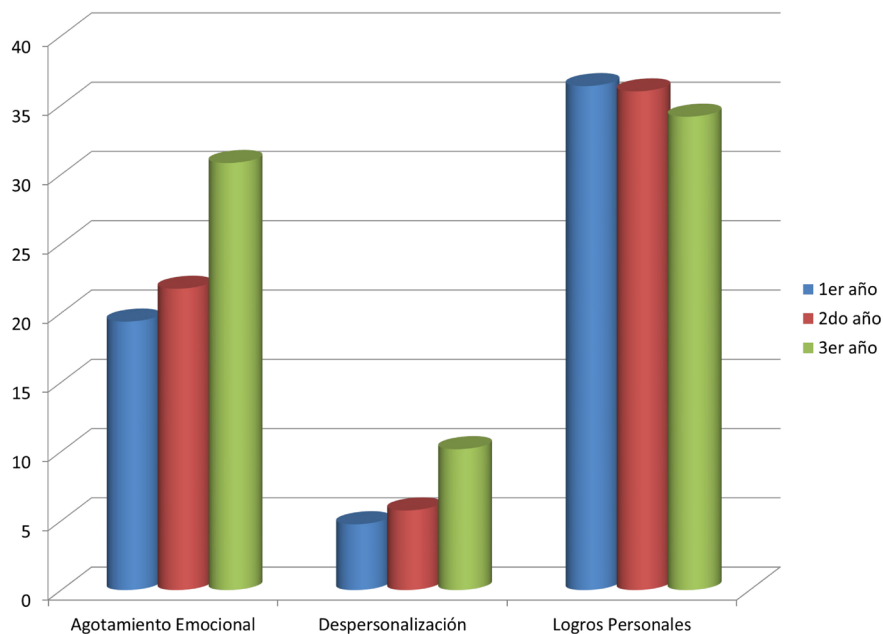


figura 2



y año de beca). Se ilustran los puntajes de cada subescala de burnout en gráficos de columnas para mostrar el resultado según programa de especialidad y año de formación.

Tal como se observa en la figura 1, en las tres subescalas se aprecia una tendencia hacia mayores indicadores de burnout en el programa

de psiquiatría infanto-juvenil, en relación al programa de psiquiatría adultos. Por otra parte, considerando ambos programas juntos y clasificando según año del programa de formación, en la figura 2 se observa una tendencia a presentar mayores niveles de burnout en los años más avanzados del proceso formativo. Esto se da

de manera consistente para las tres subescalas estudiadas.

DISCUSIÓN

Este trabajo original ha estudiado la presencia de indicadores del síndrome de burnout en un grupo de residentes de psiquiatría de nuestro medio, siendo el primero o uno de los primeros en hacerlo. Estos resultados fueron publicados inicialmente en el congreso nacional de la especialidad del año 2010, pero es la primera vez que se publica en una revista. En este grupo de residentes se obtuvieron puntuaciones promedio que para la subescala de agotamiento emocional se encuentra en rango medio, para la escala de disminución en la sensación de logros personales también se encuentra en rango medio, mientras que el puntaje promedio correspondiente a la subescala de despersonalización se encuentra en rango bajo. Estos resultados sugieren que globalmente se trata de un grupo que se encuentra con indicadores de estrés moderado, pero sin presencia de burnout severo.

Cabe destacar que se observa una tendencia a tener peores indicadores de burnout en los años más avanzados del período de formación, lo que es consistente con algunos de los reportes internacionales mencionados (10, 11), aunque no con otros (12, 13). Cabe plantear aquí la hipótesis de un factor de estrés acumulativo, ante la falta de instancias o mecanismos suficientes para liberarlo o manejarlo. Asimismo, se observa que los becados del programa de formación de psiquiatría infanto-juvenil mostraron peores indicadores que los de adultos, reforzando la idea de que la exposición al burnout durante el período de formación puede ser distinta para distintas especialidades. Aunque éste es un estudio pequeño como para interpretar esta diferencia antes de replicarla en un estudio mayor, cabe aquí la pregunta de si tal diferencia pudiera explicarse por características propias de la especialidad (como exponerse a presenciar el sufrimiento en niños),

o por particularidades del programa formativo (carga académica, estilo de supervisión, tiempos libres).

Posterior a la realización de este estudio, el interés por este tema ha crecido y se ha desarrollado un consorcio internacional para su estudio en residentes de psiquiatría de 22 países, aunque la mayoría de ellos europeos y ninguno latinoamericano. De acuerdo a la principal publicación de este grupo, el burnout severo se encontró en 726 (36.7%) residentes. Analizando factores de riesgo, el riesgo fue mayor para los aprendices que eran más jóvenes, sin hijos, y no habían optado por la psiquiatría como primera opción de carrera. Después del ajuste por características sociodemográficas, años en entrenamiento y diferencias de país, el burnout severo permaneció asociado con largas horas de trabajo, falta de supervisión y no tener un tiempo regular para descansar (18).

En el estudio japonés de burnout en residentes de psiquiatría, que arrojó cifras de un 40% de burnout, se evaluó también ideación suicida. El 38.5% de estos residentes japoneses reportaron ideación suicida pasiva, y un 22.0% de ellos había experimentado ideación suicida activa (16). Esto es importante, considerando que algunos estudios han demostrado que el agotamiento o burnout se ha asociado de forma independiente con ideación suicida en profesionales médicos (17).

Considerando la importancia de este tema, se hace necesario generar políticas preventivas para el burnout en nuestros residentes, así como proveer herramientas para el afrontamiento del estrés en los residentes de psiquiatría. Una revisión de las intervenciones basadas en la evidencia en salud mental serán un primer paso necesario para este camino.

En este contexto, puede ser de interés repetir este estudio en la población actual de residentes de

psiquiatría de este mismo centro formador. Así mismo, considerando la posibilidad de realizar evaluaciones preventivas, puede ser importante realizar reevaluaciones de escalas de burnout tras un período de seguimiento, que permitan evaluar al corte longitudinal la evolución de un mismo grupo a lo largo de los diferentes años de formación, y eventualmente el impacto de medidas preventivas.

REFERENCIAS

- Morales, G, Pérez, J. & Menares. M. (2003) Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Rev de Psicología, U. de Chile*, vol. 12, número 001, pp 9-25.
- Turnes A. (2002) El síndrome de desgaste profesional. *La salud mental, el médico y los profesionales de la salud*. México DF, DF: El Diario Médico.
- Santana, A & Farkas, Ch (2007) Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil *PSYKHE* Vol.16, N.º 1, 77-89.
- Pallavicini J, Venegas L, Romo O. Estrés en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Chile. *Rev Psiquiatr Clín* 1988; 25: 23-29.
- Restrepo A., Jaramillo F., Martín J.C. Estrés en estudiantes de medicina del Instituto de Ciencias de la Salud. *CES med*;2(1):38-43, ene.-jun. 1988.
- Marty M., Matías Lavín G., Maximiliano Figueroa M., Demetrio Larraín de la C., Carlos Cruz M. Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* v.43 n.1 Santiago mar. 2005.
- Perales, A, Sogi, C & Morales, R. (2003) Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina* Vol. 64, N.º 4, pp. 239-246. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical Education* 2016; 50: 132-149.
- Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med* 2014; 89:443-51.
- Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med* 2006;81: 82-5.
- Michels PJ, Probst JC, Godenick MT, Palesch Y. Anxiety and anger among family practice residents: a South Carolina family practice research consortium study. *Acad Med* 2003;78: 69-79.
- Golub J, Weiss P, Ramesh A, Ossoff R, Johns M. Burnout in residents of otolaryngology-head and neck surgery: a national inquiry into the health of residency training. *Acad Med* 2007;82: 596-601.
- Campbell J, Prochazka AV, Yamashita T, Gopal R. Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: a prospective cohort study. *Acad Med* 2010; 85:1630-4.
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 2012;172: 1377-85.

15. Ferrari S, et al. Young and burnt? Italian contribution to the international BurnOut Syndrome Study (BOSS) among residents in psychiatry. *Med Lav.* 2015 May 4;106(3):172-85.
16. Tateno M, Jovanovi N, Beezhold J, et al. Suicidal ideation and burnout among psychiatric trainees in Japan. *Early Intervention in Psychiatry.* 2017;1-3.
17. Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Dyrbye, L., Beachamps, G., Russell, T., Satele, D., ... Oreskovich, M. R. (2011). Special report: Suicidal ideation among American surgeons. *Archives of Surgery*, 146, 54-62.
18. Jovanovic, N., Podlesek, A., Volpe, U., Barrett, E., Ferrari, S., Rojnic, Kuzman, M., Beezhold, J. (2016). Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: Risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. *European Psychiatry*, 32, 34-41.

Correspondencia a:
rodrigo.nieto.r@gmail.com

El enfoque grupal de psicoterapia y de supervisión clínica: una instancia de psiquiatria en equipos de salud mental universitaria

The group approach of psychotherapy and clinical supervision: an instance of psycho-hygiene in university mental health teams

Antonio Letelier S.^{1,2}, Natalia López G.¹, Marcelo Balboa G.³

RESUMEN

Se describen las actuales condiciones generales de la atención en salud mental en estudiantes universitarios en Chile, destacando la existencia de diversas variables que han modificado la composición de la población universitaria, que se traducen en nuevas necesidades de los alumnos y que requieren respuestas diferentes al uso exclusivo del dispositivo psicoterapéutico individual.

Se destaca la relevancia de los dispositivos psicoterapéuticos grupales y los espacios de supervisión clínica como un medio eficaz de psiquiatria en equipos de salud mental de la Universidad de Chile y se describe la implementación de grupos operativos articulados entre SEMDA y CAPs de la Universidad de Chile, desde el punto de vista de la experiencia del equipo clínico.

Las discusiones y conclusiones apuntan a otorgarle relevancia al dispositivo grupal como un espacio de psiquiatria en la línea de la promoción y prevención de la salud mental, tanto para la población universitaria como para los profesionales involucrados en la intervención descrita.

Palabras clave: salud mental, universitarios, psiquiatria, psicoterapia grupal, grupo operativo.

¹ Servicio Médico y Dental de los Alumnos (SEMDA), Universidad de Chile.

² Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile.

³ Centro de Atención Psicológica (CAPs), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

ABSTRACT

The current general conditions of mental health care for university students in Chile are described, highlighting the existence of several variables that have changed the composition of the university population, which translate into new needs of students and require different responses to the exclusive use of the individual psychotherapeutic device.

The relevance of group psychotherapeutic devices and clinical supervision spaces as an effective means of psycho-hygiene in mental health teams of the University of Chile is highlighted and the implementation of articulated operating groups between SEMDA and CAPs of the University of Chile is described from the point of view of the experience of the clinical team.

The discussions and conclusions aim to give relevance to the group device as a space of psycho-hygiene in the line of the promotion and prevention of mental health, both for the university population and for the professionals involved in the intervention described.

Keywords: mental health, university, psychohygiene, group psychotherapy, operative group.

INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas, los servicios de salud mental en el contexto de las universidades públicas chilenas se han visto fuertemente demandadas en función de la expansión de la educación universitaria en los quintiles socioeconómicos I, II y III, que se asocian al 40% de los hogares con menos ingresos del país, mostrando a su vez una alta tasa de deserción vinculada a las variables socioeconómicas de estos grupos (1).

De acuerdo a Micin y Bagladi (2), los nuevos estudiantes universitarios no provienen solamente de sistemas educativos socialmente aventajados, sino también de grupos sociales más vulnerables que muestran, asociada a la compleja etapa del ciclo vital en que se encuentran, una mayor tendencia a presentar trastornos de salud mental.

Frente a esta problemática, las universidades han asumido el desafío de brindar formación integral de profesionales para el desarrollo del país, integrando la salud mental en el proyecto global de formación y tomando en consideración que la cultura universitaria es un campo complejo, conformado por un cuerpo estudiantil, un cuerpo docente y otro administrativo (3).

En nuestro medio, y siguiendo los lineamientos hegemónicos de un enfoque individual en psicoterapia, los servicios de salud mental de estudiantes se han centrado en un enfoque clínico de psicoterapia individual; en el cual el psicoterapeuta cumple la función de atención psicológica de los pacientes, orientada a disminuir el malestar del sujeto. En términos generales, el dispositivo psicoterapéutico individual, está inserto en espacios clínicos con una definición biomédica, en la cual el modelo de la relación médico-paciente se basa en el principio ético de la beneficencia, que establece que el vínculo entre el profesional y el paciente es asimétrico, y que es el profesional quien se encarga de velar por el cuidado de la persona que consulta.

La inclusión del principio de autonomía en la psicoterapia ha implicado, también, desprenderse del modelo biomédico paternalista, centrado en el principio de beneficencia, y abrirse a la consideración de la vivencia compleja del otro, que incluye las variables de su contexto social y la responsabilidad que al sujeto le compete en su propio tratamiento. En este sentido, el encuadre terapéutico clásico, pensado como un espacio neutro e individual es, hoy en día, mucho más difícil de establecer, en consideración a los notorios cambios que se observan respecto a la

demanda y los actuales lineamientos de la salud mental en Chile.

En la actualidad, y desde el pensamiento ético instaurado a partir de la segunda mitad del siglo XX, lo que se releva en el espacio de atención psicoterapéutica es el principio de autonomía, que busca respetar la intrínseca libertad del ser humano de decidir sobre las intervenciones en que participa.

El principio de autonomía ha modificado paulatinamente el esquema clásico de la relación médico-paciente y ha cambiado la asimetría entre el profesional y la persona que consulta. En este sentido, la psicoterapia se ha visto conminada a adoptar nuevas formas de establecer el vínculo terapéutico, más allá del esquema clásico de la relación diádica entre el individuo que padece el malestar y un profesional que interviene para curarlo.

En el contexto universitario nacional, la progresiva inclusión de estudiantes al sistema educativo, se ha traducido en la necesidad de generar nuevas formas de intervención en salud física y mental y, como señala Florenzano (4), es precisamente la salud mental la que adquiere mayor relevancia en un sistema educativo masificado, donde han aumentado sistemáticamente patologías como los trastornos del ánimo, las conductas suicidas o el consumo problemático de alcohol y drogas (2). Lo anterior, sumado a que una gran parte de los estudiantes universitarios de pregrado se encuentran en la adolescencia tardía, donde se intensifican conductas de riesgo como el consumo abusivo de sustancias, las conductas antisociales o los patrones desadaptativos, como los trastornos de la personalidad. Los altos niveles de exigencia social competitividad y expectativas acrecientan el estrés e inciden negativamente en la salud de los estudiantes (5).

La intensa carga que ha significado para los profesionales de la salud mental, este cambio para-

digmático, lleva también a cuestionar el uso de los modelos clásicos de atención psicoterapéuticos y su efectividad para los usuarios, considerando también que la mayor complejidad de los trastornos y los cambios en las lógicas de abordaje de estos problemas, incide directamente sobre los profesionales de la salud mental, generando altos niveles de desgaste, estrés y síndrome de burnout.

La excesiva demanda de atención individual, la falta de adherencia a los tratamientos, la orientación a la productividad estadística en la atención, la falta de espacios grupales de supervisión y contención de los profesionales, se transforma en un riesgo para los propios terapeutas que abordan estas problemáticas (6).

Frente a la posibilidad de reflexionar en torno a los métodos de intervención utilizados en psicología, el dispositivo psicoterapéutico grupal se ofrece como una instancia de gran pertinencia para responder a la necesidad de abordar problemas transversales en la cultura universitaria, en espacios abiertos que desplazan la lógica individualista de la relación profesional-usuario y ofrecen una auténtica instancia de autonomía grupal, para trabajar el malestar psicológico.

Por otra parte, pensar la grupalidad desde el campo profesional, abre la posibilidad de problematizar la praxis propia de los profesionales de la salud mental (7) (8), estableciendo una reflexión que, en primera instancia, está centrada en la tarea, pero que incluye también la posibilidad de ser contenido por un equipo que sostiene los procesos personales asociados a esa tarea y que instala un espacio de contención y psicohigiene (9) donde se integran los distintos niveles de conocimiento que implican el qué hacer, cómo hacerlo y por qué se hace (10).

En la supervisión clínica de la práctica grupal, el profesional de la salud mental y su ejercicio son comprendidos en un entramado ecológico que

incluye al fenómeno grupal inserto en una comunidad que, a su vez, se inscribe en un campo institucional.

De este modo, la intervención grupal misma y el equipo de supervisión que la sostiene, se enarbolan como un medio eficaz de psicohigiene con miras al cuidado psicológico para equipos profesionales de la salud mental, de cara a las nuevas problemáticas que viven los estudiantes universitarios en Chile.

En el marco de estas variables, algunos profesionales del SEMDA y el CAPs de la Universidad de Chile implementaron durante el año 2017 una intervención psicoterapéutica grupal, que ha sido utilizada como una plataforma de supervisión pensada para los miembros de ambos equipos, y que se encuentra actualmente operativa con miras a establecerse como un nuevo dispositivo de atención en salud mental y como un espacio laboral integrado por profesionales de diversas instituciones.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El trabajo ha sido realizado por profesionales pertenecientes a dos servicios de salud que operan en la Universidad de Chile.¹ CAPs es el Centro de Atención Psicológica de la Facultad de Ciencias Sociales y SEMDA, que es el Servicio Médico y Dental de los Alumnos. Este último cuenta con atenciones psicológicas y psiquiátricas gratuitas, siendo la modalidad por excelencia la psicoterapia individual sin límite de tiempo. En CAPs, sucede algo similar: los grupos no han sido considerados dentro de las posibilidades de atención y las atenciones individuales son el modelo por excelencia.

¹ El equipo a cargo de la realización de la intervención estuvo conformado por: Marcelo Balboa, representante de CAPs y Daniela Correa, Natalia González, Antonio Letelier y Yael Weinstein, representantes de SEMDA.

En este contexto, estos profesionales psicoterapeutas de ambas instituciones desarrollaron vínculos asociados a la reflexión en torno a las prácticas individuales, muchas veces aisladas y con escasos espacios de contención. Un pequeño grupo surgió de esas primeras reuniones informales, que aspiraba a abrir un espacio a los dispositivos grupales en los respectivos servicios y mostrar la viabilidad de su implementación, a sabiendas que, históricamente, la institución no ha respaldado tales intentos, ya sea por la existencia de diversos tipos de resistencia o por experiencias previas que no habían dado los resultados esperados o no se mantuvieron en el tiempo.

A pesar que ambos servicios pertenecen a la Universidad de Chile, por muchos años el trabajo de cada institución fue independiente, desconociéndose que entre los miembros de ambos equipos se encontraba la inquietud por implementar la terapia grupal. De este modo, se evaluó en conjunto el aumento de la demanda en salud mental en los últimos años y la insuficiencia de los recursos humanos y económicos con que se ha hecho frente a este fenómeno.

La convergencia de los factores descritos hizo posible encontrar un punto a desarrollar que podía resultar de interés para las autoridades, considerando la instancia grupal como una manera de cubrir en menor tiempo y con menos recursos el mayor número posible de atenciones, aún cuando no fuera ésta la motivación e iniciativa original del grupo.

Cada uno de los participantes se fue involucrando en la tarea desde su contexto particular, algunos aportando desde su formación en psicoterapia grupal, otros sin una formación específica en el tema, pero con la motivación de aprender una intervención diferente, pero por sobre todo, con el objetivo de agruparse para pensar la clínica y abrir el diálogo con el objetivo de des-alienarse

de la demanda institucional que parecía cumplirse sin cuestionamientos.

El espacio grupal de supervisión, en este contexto, es pensado como un dispositivo de diálogo y trabajo en equipo que mitiga el desgaste emocional de los profesionales de la salud mental, a través de la elaboración conjunta de las exigencias subjetivas propias de su tarea clínica y ofrece una alternativa de tratamiento a los pacientes (11).

El plan de trabajo establecido incluía espacios de aprendizaje técnico y teórico, conversaciones y debates en torno a lo grupal, con el fin de construir un dispositivo que fuese implementado posteriormente en cada servicio.

Si bien el quehacer estuvo enfocado en la tarea clínica y sus problemáticas, no era posible desconocer que el rol de los profesionales debía ser estratégico, con el fin de convencer a la autoridad institucional que para realizar un buen trabajo era necesario contar con los espacios básicos para desarrollarlo. De este modo, se conformó inicialmente el grupo con los profesionales motivados con la coordinación y la observación de los dispositivos a realizar y fue establecido un espacio de reunión semanal.

En las primeras reuniones, se comenzó a revisar material relativo a los grupos operativos de Enrique Pichon-Rivière (12), junto con la propuesta de Armando Bauleo sobre los corredores terapéuticos (13) que consisten en dispositivos grupales operativos de duración definida, que se suceden uno tras otro al cumplirse el número de sesiones establecidas. En las sesiones finales se realiza una evaluación acerca del desarrollo alcanzado por la relación grupo-tarea, a nivel individual y de coordinación. Asimismo, se determina la continuidad de cada integrante, ya sea a un próximo grupo corredor, al formato individual o al alta.

Esta modalidad de psicoterapia grupal surge, entonces, como alternativa al espacio terapéutico de larga duración como único procedimiento útil para la curación y sobre la constatación de que el tiempo que necesita cada persona para romper su estereotipia no es el mismo.

En una primera etapa, que se extendió por aproximadamente tres meses, se desarrolló un trabajo de carácter formativo, centrado en la persona del terapeuta y el análisis en torno a las dudas y fantasías de los profesionales respecto de lo que podía ocurrir en los grupos que serían formados.

En el último mes, previo a la constitución de los grupos, se comenzó el trabajo para configurarlos de acuerdo a los criterios de agrupabilidad previamente revisados, y con el fin de cumplir con la propuesta de comenzar los dispositivos en las primeras semanas de inicio del segundo semestre académico de 2017. A continuación, se realizaron entrevistas iniciales a los posibles participantes de los grupos, hallando una buena acogida en los pacientes, respecto de la idea de pasar de la modalidad individual a la grupal. En total, el trabajo previo se desarrolló a lo largo de cuatro meses, aproximadamente, y tras el inicio de los grupos, se constituyó un espacio de supervisión semanal.

Respecto de la implementación de los grupos, se estableció que la consigna inicial y tarea, consistiría en abrir espacio para la reflexión y el análisis de las motivaciones que llevaron a los pacientes a consultar. El encuadre se definió como grupos de duración de 1 hora y 30 minutos, de frecuencia semanal y de doce sesiones de duración. Estos grupos serían abiertos, es decir, se podrían incorporar pacientes durante todo el proceso. El número de integrantes sería de ocho como máximo.

La propuesta implicaba iniciar con dos grupos en forma paralela, con la intención de dedicar

mayor atención y reflexión a la evolución de los grupos en dos sedes distintas del SEMDA. Los grupos formados han sido mantenidos con la asistencia regular de entre 4 a 5 pacientes y las reuniones semanales se han sostenido en el tiempo, viéndose interrumpidas en algunas sesiones por la ausencia de miembros del grupo. No obstante, permanece la idea de relevar el grupo que ha sido constituido, con el fin de resguardar la plataforma de supervisión y contención al equipo clínico involucrado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: UNA APROXIMACIÓN A LA PSICOHIGIENE DE LOS EQUIPOS DE PSICOTERAPEUTAS GRUPALES

Consideramos la premisa de que “la función social del psicólogo clínico no debe ser la psicoterapia, sino la salud pública, y dentro de ella la higiene mental” (9). Es decir, que el psicólogo, en especial el psicólogo en instituciones de salud mental pública, debe trabajar con énfasis en estrategias y diseño de dispositivos que promuevan la psiquiatria, y no esperar la aparición de la enfermedad para recién intervenir.

La implementación del dispositivo grupal en SEMDA y CAPs ha sido una labor llevada a cabo en un campo interdisciplinario, que aúna el esfuerzo de profesionales de la psicología en torno a un malestar constatable desde las primeras reuniones, que implica al/la psicoterapeuta en un trabajo muchas veces aislado, reactivo a políticas institucionales y progresivamente carente de espacios de reflexión y supervisión formativos, lo que incide directamente sobre el bienestar de los profesionales y se erige como factores de riesgo en el trabajo.

La institución universitaria ha buscado resolver la creciente demanda de atención en salud mental a través de la implementación de recursos claramente insuficientes, traducidos muchas veces en la contratación aislada de profesionales

psicólogos/as, sin velar por la conformación de equipos de salud mental insertos en la comunidad y, por tanto, depositando la responsabilidad de la atención de los estudiantes en profesionales formados en una lógica individual de intervención clínica, que busca responder a la exigencia de resultados efectivos, traducibles a un cierto número de atenciones, significativas en el nivel estadístico, pero que muchas veces se desentiende de las necesidades de la comunidad. La labor formativa que supone el trabajo grupal está implícita en su lógica de funcionamiento. Hace necesaria la reflexión de los profesionales respecto de sus roles y funciones y facilita una discusión en torno a la incidencia que tienen en relación con la comunidad, entendida también en clave grupal.

La complejidad del funcionamiento de los grupos hace necesaria la restauración de espacios de reflexión grupal y la configuración de equipos de salud mental que puedan pensar los diferentes niveles del fenómeno.

A pesar de las ventajas que ofrecen los dispositivos grupales, existe una suerte de resistencia institucional a este tipo de intervenciones, que se expresa en argumentos en torno a la eventual exposición de los pacientes o la vulneración de la intimidad que se arriesga, las dificultades en el manejo de la confidencialidad, la complejidad que tiene la confección y el seguimiento de la ficha clínica y muchos otros argumentos que, incluso, son atribuidos a los consultantes, como la incomodidad que le puede producir al paciente este tipo de dispositivos o la ausencia de una cultura grupalista en la sociedad.

En contraste, se aprecia una suerte de hegemonía política de los dispositivos individuales en los campos clínicos (8), que resguarda los lugares de poder desde los que se ejercen ideologías o posturas epistemológicas o técnicas que dificultan la instalación de nuevas formas de intervención.

Frente a la sistemática resistencia institucional observada ante las propuestas de dispositivos grupales, nos parece relevante destacar las ventajas de este tipo de intervenciones terapéuticas, tanto para los consultantes como para los equipos clínicos, en tanto permiten movilizar dinámicas que son muy difíciles de reproducir en la terapia individual. Es fundamental, además, acoger la importancia que pueden tener para la subjetividad y la construcción de identidad del estudiante, considerando que la experiencia de adaptación a la cultura universitaria se vive, muchas veces, como una experiencia de malestar que se experimenta en soledad.

Por otra parte, las problemáticas específicas de los estudiantes, como la baja del rendimiento académico, las deserciones, la disminución de la motivación o los problemas de relaciones interpersonales con los profesores o ayudantes, no siempre son aplicables a las problemáticas de la salud mental o no se encuentran tipificadas en los manuales diagnósticos conocidos.

El complejo proceso de adaptación a la cultura universitaria es vivido comúnmente por los estudiantes como una experiencia de la que no pueden hablar en grupo. Reportan a menudo la vivencia de desprotección e incompreensión que atraviesan, cuestionando si sus compañeros tienen experiencias similares. La Universidad actúa como un 'padre exigente', que espera el éxito de sus estudiantes, sin hacerse cargo de las problemáticas que puede generar tal nivel de exigencias en la salud mental de las personas.

Los equipos de salud mental existentes en la Universidad ofrecen un espacio de elaboración de la experiencia que los estudiantes reconocen y valoran, sin embargo, no es suficiente para contener todos los niveles del malestar psicológico, incluyendo aquellos que se asocian a su origen social o a las particularidades de la institución.

Al ser la terapia grupal una instancia para reflexionar sobre la incidencia que la institución tiene sobre los individuos, resulta comprensible la tensión que puede generar eventualmente en las autoridades y el consecuente rechazo que puede producir un dispositivo que tensiona y cuestiona un poder que es, en último término, político.

La verticalidad del poder político en cuestión, se ejerce también sobre los terapeutas, quienes reportan compartir la vivencia de algunos estudiantes, en tanto el rol del/la psicólogo/a ha sido despojado de instancias de reflexión grupal a favor del cumplimiento de criterios estadísticos de atención en salud mental. Se aprecia, también, una vivencia de soledad/aislamiento de los profesionales, cuyo núcleo común es la experiencia de confrontar una política institucional que insiste en que el malestar debe ser elaborado individualmente.

Aún así, se decidió enfrentar este desafío, rescatando y conservando el aprendizaje de anteriores experiencias y partiendo desde ellas para fortalecer el quehacer y apostar porque este nuevo espacio ofrecido sea valorado por los estudiantes.

Compartimos, por otra parte, la curiosidad y motivación de articular un grupo sin conocer con claridad los alcances que puede tener en el contexto de las instituciones involucradas, con el vivo interés de descubrir, reflexionar y compartir los fenómenos que ahí ocurren, relacionar la multiplicidad de la realidad y ver los efectos que tiene en los pacientes. Nuestra convicción pasa por re-vivir la experiencia de la grupalidad, buscando que la reminiscencia de la fusión con otros nos devuelva a la constatación del psiquismo como un fenómeno continuo y no como una individualidad constreñida por saberes o poderes externos.

COMENTARIOS FINALES

La convicción que nos ha convocado como profesionales es que los dispositivos grupales son altamente pertinentes en las intervenciones en salud mental en el contexto universitario. No sólo respecto del tratamiento de las dolencias de carácter clínico, sino como un espacio accesible para la elaboración del malestar en la adaptación y la exigencia universitaria. En este sentido, es altamente relevante que se estudie su incorporación en la promoción y prevención de la salud mental.

Una de las interrogantes que se abre al implementar el dispositivo grupal es la que atañe a los mismos profesionales de los equipos de salud mental, quienes se encuentran sometidos a una fuerte exigencia dada por su labor clínica y por las restricciones propias de la organización del trabajo.

Pensamos que la institución universitaria debe considerar la función social de su trabajo de salud mental, y que la implementación de un espacio grupal de supervisión clínica constituye un primer eslabón de una estructura de verdad orientada a la psicohigiene y cuidado del propio equipo de salud, que permite, además del logro de los objetivos clínicos, favorecer el aprendizaje de nuevos recursos para la intervención psicológica y el desarrollo de conocimiento en materias de salud mental, ampliando la perspectiva de la psicoterapia como único y exclusivo dispositivo de salud mental, sino que integra la mirada grupalista que ofrece alternativas para objetivos más amplios y estratégicos a través del desarrollo de la psicohigiene y prevención en estudiantes universitarios y en el propio equipo profesional de salud mental.

Sin duda, compartir el quehacer psicoterapéutico esclarece el sentido de nuestro trabajo y es-

tablece un espacio posible de implicación de los profesionales con su propia labor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONACE. *Construyendo contextos preventivos en educación superior*. Orientaciones para la formulación de políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol. Santiago: Andros, 2007.
2. Micin, S.; Bagladi, V.. *Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que acude a un Servicio de Salud Estudiantil*. *Terapia psicológica*, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100006. 2011, 29(1), 53-64.
3. Muñoz, M.; Cabieses, B. *Universidades y promoción de la salud: ¿Cómo alcanzar el punto de encuentro?*. *Rev. Panam Salud Pública*. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n2/a09v24n2.pdf>. 2008, 24 (2): 139-146.
4. Florenzano, R. *Salud Mental y Características de personalidad de los estudiantes universitarios en Chile*. *Rev. Calidad de la Educación*, 2006, 23, 103-114.
5. Gómez, H.; Pérez, C.; Parra, P.; Ortiz, M.; Matus, O.; McColl, P.; Torres, G.; Meyer, K. *Relación entre el bienestar y el rendimiento académico en alumnos de primer año de medicina*. *Rev. Méd. Chile*. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700015. 2015, 143 (7).
6. Daskal, A. *Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica*. *Rev. Argentina de Clínica Psicológica*, <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921795003.pdf>. 2008, Vol. XVII (3), pp.215-224.

7. Balboa, J. Estudio de la noción de Grupalidad en el marco de las teorías psicoanalíticas grupales. Memoria para obtener el título de psicólogo. Universidad de Chile. http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/balboa_j/html/index-frames.html. 2006
8. Foladori, H. Grupalidad. Teoría e intervención. Santiago de Chile: Universidad de Chile, 2005.
9. Bleger, J. Psicohigiene y Psicología Institucional. Argentina, Buenos Aires: Editorial Paidós, 1966.
10. Guerrero, J; Castañedo, R.; Rubio, S.; Cutiño, M.; Fernández, D. Calidad de vida y trabajo: Algunas consideraciones sobre el ambiente laboral de la oficina. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352006000400005&lng=es&tlng=esM INSAL, Gobierno de Chile (2001) Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. 2006, *ACIMED* 14(4)
11. MINSAL, Gobierno de Chile. Protocolo de Vigilancia de Riesgos psicosociales en el trabajo, 2013.
12. Pichon-Rivière, E. (1985) El proceso grupal. Nueva Visión. Buenos Aires.
13. Bauleo, A. La concepción operativa de grupo. Asociación española de neuropsiquiatría. España, Madrid, 1990.

Correspondencia a:
antonio.letelier@usach.cl

Miedo al derrumbe y síntoma somático: dos buenas excusas para estudiar el proceso originario

Fear of breakdown and somatic symptom: two good excuses to study original process

Liliana Messina S.^{1,2}

RESUMEN

Se propone aquí pensar, desde lo teórico y clínico, y en el marco de la teoría psicoanalítica, al *síntoma somático* (concepto de Paul Laurent Assoun, 1998 (1)) como un equivalente y un concomitante del “miedo al derrumbe” de Winnicott (2); es decir, esa vivencia que se espera con miedo, que aunque pasada, no ocurrió para este paciente que está tendido ahora en el diván y sigue vigente como amenaza futura. Es una vivencia traumática que no tuvo lugar, pues no pudo ser inscrita, pero que se marca en ese psiquismo. Es esta la característica común que conecta el síntoma somático y el miedo al derrumbe; aquello insimbolizado pero que ha dejado huella en el cuerpo y el psiquismo ¿cuál es esta forma de inscripción previa a la simbolización primaria que articula el miedo al derrumbe y qué relación puede tener con el síntoma somático? Ejemplificando con un caso se intenta contrastar la teoría con la práctica clínica, concluyendo que la vivencia de derrumbe marca al psiquismo como un continente que determinará las vivencias posteriores dejando a perpetuidad la amenaza de derrumbe.

Palabras clave: miedo al derrumbe, síntoma somático, proceso originario, simbolización primaria.

ABSTRACT

The proposal here is to think, from theory and clinics, and in the framework of psychoanalytic theory, the *somatic symptom* (Paul Laurent Assoun's concept (1)) as an equivalent and concomitant of Winnicott's "fear of breakdown"(2); meaning that the experience expected with fear, although past, didn't occur to the patient laying down on the couch right now, but stays as a valid future threat. It's a traumatic experience that didn't have place because it wasn't inscribed, but brands this particular

¹ Programa de Doctorado en Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile

² Grupo de Investigación y Estudios En Psicología, ICHPA.

psyche. This is a common characteristic that connects fear of breakdown and somatic symptom; the insymbolized that leaves a trace on the psyche and body. What is this form of inscription, before primary symbolization, that articulates fear of breakdown and what relation may it have with somatic symptoms? With the analysis of a case, we try to contrast the theory with clinics, concluding that the experience of breakdown brands the psyche as a continent that determines every experience after it with the breakdown's permanent threat.

Keywords: fear of breakdown, somatic symptom, original process, primary symbolization.

INTRODUCCIÓN

Es obvio que lo psíquico –aquella actividad mental considerada *en sus lazos con el cuerpo* (3)– tenga un correlato somático (llanto, rabia, susto, alegría), pero la conexión nos intriga cuando el resultado es un enfermar del cuerpo. En la búsqueda para entender cómo se producen los fenómenos psicósomáticos y qué los diferencia de los síntomas conversivos, es que aparece la pregunta, ¿qué hay de psíquico cuando no hay sentido? (representación, simbolización). Diversos autores (Marty, 2003; Dejours, 1992; McDougall, 1995; Green, 2000; Winnicott, 2012, entre otros) que han trabajado lo psicósomático –dentro del marco de la teoría psicoanalítica– coinciden en afirmar que es la falta de una operación de simbolización lo que facilita este salto a lo somático como expresión patológica (por ejemplo, una rectocolitis ulcerosa o un asma).

Leyendo a Roberto Aceituno en el texto titulado “Tener lugar” (4) me vuelvo a encontrar con este concepto winnicotiano, tan asombroso y certero del “miedo al derrumbe”. En el texto, Aceituno propone una densa reflexión acerca de “las condiciones necesarias a los mecanismos encargados de *traducir* la experiencia “vivida”” (p. 70) en el campo de las diversas formas de mediación simbólica. Entiende la simbolización primaria como la condición que hace posible el ser y continuidad del sujeto mismo, aquello que es anterior a la simbolización de los “contenidos” de la experiencia y la hace posible. Por obra de la instalación de las primeras condiciones de

posibilidad de representación, los contenidos pueden ser representados, enunciados y conservados, gracias a la represión (Aceituno, 2015). Entonces ¿qué ocurre con lo “vivido” antes de la instalación de la simbolización primaria? Si ésta hace posible la representación y enunciación de lo vivido, convirtiéndolo en experiencia, ¿cómo pensar algo que ocurre antes de la constitución del ser, pero de todos modos lo marca?

El objetivo de este trabajo es intentar responder estas preguntas a partir del análisis de un caso clínico. Si bien puede resultar muy ambicioso buscar algo que es aún previo a la instalación de las primeras condiciones de posibilidad para cualquier inscripción en el sujeto humano, intentaremos avanzar con algunas pistas, pues no se pretende zanjar por completo el problema.

René Rousillon (5), con una descripción más bien operacional, define el *proceso de simbolización primaria* como el paso de las “trazas mnémicas perceptivas” (6) (como les llamó Freud en su carta 52 del 6 de diciembre de 1896) a su inscripción como representación-cosa, es decir dándoles ya una forma conceptual, tal como ocurre con la figurabilidad de los sueños al disfrazar los deseos diurnos. Y define el *proceso de simbolización secundaria* como el paso de las representaciones cosa a representaciones palabra, es decir, lo que hace posible la inscripción de la vivencia en experiencia, en enunciado, en fin, en relato; lo que hace posible su historización (o histerización si se quiere).

Avanzando en nuestro asunto, podemos decir que *proceso de simbolización primaria* se relaciona en forma *negativa* con el miedo al derrumbe, pues la vivencia traumática debió ocurrir antes del establecimiento de un self unitario, como diría Winnicott, (2) o antes de la instauración de la simbolización primaria. Es decir: encontramos “miedo al derrumbe” en un determinado paciente justamente porque no pudo haber inscripción, y menos simbolización de lo supuestamente ocurrido. El problema es imaginar qué trazas son éstas –y si es que se pueden llamar mnémicas–, que operan en ese momento originario del psiquismo; y si esto pudiera ser equivalente a lo que suponemos para los fenómenos psicósomáticos, a los que se le adjudica el mismo tipo de origen, es decir, no haber entrado en la trama de simbolizaciones, no estar disponibles para la representación y por tanto no responder como retorno de lo reprimido, todo lo cual los diferencia de los síntomas conversivos.

En el trabajo de análisis con un paciente en particular el “miedo al derrumbe” resonaba como una conceptualización especialmente certera. Se expone a continuación parte de este trabajo clínico, contando con el consentimiento informado del paciente en cuestión (revisado y aprobado por la Comisión de Ética de la Investigación de Fasco, U. de Chile).

EL CASO

Se trata de un hombre de poco más de 50 años, que cada vez que emprende con entusiasmo tareas como trabajo o estudios, cuando está empezando a tener algún resultado, hace algo para echarlo todo a perder. Esto toma la forma de un impulso irrefrenable, sentido como una desesperación rabiosa que lo invade y lo empuja a realizar actos irracionales, como cometer errores inexplicables olvidando todo lo que había aprendido, o robar algo insignificante de su trabajo, justo cuando está siendo valorado por su jefe; o tener un accidente que lo deja

fuera del próximo proyecto; o cuando ha logrado ahorrar cierta cantidad la pierde en el juego. Esto le trae consecuencias desastrosas como perder el trabajo, teniendo que empezar todo de nuevo, remontar, para cuando está llegando al mismo punto, ser apreciado por los otros o lograr algún reconocimiento, vuelve esta desesperación y el acto impulsivo, y el ciclo se repite nuevamente.

Es esta incapacidad para construir y desarrollar una vida lo que lo trajo a consultar, y ya había consultado varias veces antes. Este “síntoma” –si se puede llamar así– lo intentamos entender de diversas formas: como una necesidad de castigo por haber sido un hijo indeseado; como el efecto de no sentirse merecedor de nada bueno; como una identificación con la forma de vida y la forma de ser de sus padres, incluso trabajamos identificando minuciosamente los rasgos autodestructivos en cada uno de ellos; pero nada parecía reducir su tendencia al desastre. El ciclo volvía a repetirse.

Entonces, me pareció que podía tratarse de lo que Winnicott describe como miedo al derrumbe, que a través de un impulso desesperado lo lleva a “realizar el derrumbe” antes que éste lo tome a él por sorpresa; como de hecho le ocurrió cercano a sus dos años –y que supongo es uno de los antecedentes que admiten esta lectura del síntoma– cuando fue llevado a vivir a un hogar del Sename porque sus padres, denunciados por los vecinos, fueron acusados de negligencia en el cuidado de sus 5 hijos.

En este hogar vivieron los 5 hermanos, teniendo un techo y abrigo adecuados, recibiendo adecuada alimentación y adecuada educación, pero sin calor de hogar, sin cariño, sin sostén afectivo por parte de las personas que debían sustituir las figuras parentales. Al cabo de 7 años volvieron a la casa de sus padres luego que se supo que una de las hermanas estaba siendo abusada por un cuidador.

MIEDO AL DERRUMBE

Winnicott (7) explica que frente a la falla del ambiente el yo nada puede organizar en cuanto a defensas; y esta falla puede incluso amenazar la sobrevivencia, como pienso pudo haber sentido este pequeño niño el encierro previo y luego el abandono de los padres. El derrumbe que está destruyendo su vida hoy es un eco de algo que ya tuvo lugar, que ya ocurrió, “es un hecho escondido en el inconsciente, que se lleva de aquí para allá”, dice Winnicott (p. 115). Pero este no es el inconsciente reprimido de la psiconeurosis, ni el inconsciente de Jung. No, se trata en este caso de que la integración yoica no es capaz de abarcar una vivencia de agonía primitiva, que no puede convertirse en tiempo pasado porque el yo no es capaz de recogerla dentro de su experiencia presente y dentro de su control omnipotente actual. De modo que esta agonía todavía no fue experimentada. Es una cosa pasada que nunca fue presente para este paciente. Debe ser experimentada ahora por primera vez en la transferencia y así inscrita en el registro simbólico para ser elaborada e historizada, y ya no actuada y repetida.

Debemos entonces remontarnos al origen para entender cómo queda marcado por esa agonía un psiquismo que aún no es tal. Y digo que queda marcado por no decir inscrito, ya que no hay psiquismo que inscriba, represente y haga experiencia de ello. Y, sin embargo, algo queda para luego hacerse notar como repetición en la vida de ese sujeto. Tampoco se trata de una huella mnémica, porque una huella es la señal de que algo estuvo ahí y esa presencia es tal sólo para alguien. Si hablamos que aún no habría un psiquismo, no hay un alguien que haga de esa marca una huella de algo. Lo mismo ocurre en relación a la observación de la “escena primordial” cuyo efecto Freud analiza en el caso de Hombre de los Lobos, al respecto Carlos Pérez (8) explica: “El testigo es “impresionado” por algo sin contenido reconocible; no posee clave

alguna para hacer presente y comprender lo que ve. Sin embargo, lo que ve deja una impresión indeleble, que más tarde, *nachträglich*, podrá actualizarse. Entonces: retorno futuro de un pasado que nunca fue presente” (p.48).

Es aquí donde este problema se entrama con el de la simbolización primaria y la corporalización, este último como el proceso a través del cual un organismo es subjetivado en el contacto con el otro y la cultura. Proceso a través del cual el organismo, y luego el cuerpo, participan íntimamente de la organización psíquica.

Si miramos atentamente nuestros casos, en la gran mayoría de ellos hay un trastorno somático simultáneo o concomitante a uno psíquico. Y esto ocurre así porque una parte de lo vivido pudo ser inscrito y simbolizado, mientras que otra queda como aquellas trazas originarias previas a la simbolización primaria. Generalmente lo psíquico actúa como barrera de protección, pero si no se puede contar con ello, el cuerpo reacciona al modo que un organismo lo hace, o sea, con cefaleas o trastornos estomacales como colon irritable, diarreas, constipación, o con infecciones urinarias, etc., que corrientemente aparecen acompañando crisis ansiosas o depresiones.

En el caso que he relatado hay una lesión en un pie bastante grave y que causa molestia permanente, que no mejora aun cuando el paciente ha intentado toda clase de tratamientos. Se podría entender esta lesión como el concomitante corporal del miedo al derrumbe; aquella zona corporal que por algún motivo quedó incluida a la vivencia que no pudo ser inscrita ni representada, siendo rechazada y quedando fuera de la integración con el resto de las zonas corporales.

Retomando entonces, decíamos que la simbolización primaria es, como nos lo describe Aceituno, aquel trabajo a través del cual el sujeto se

inscribe en un campo de representación y agreguemos, este trabajo de inscripción es posible solo gracias al otro. El otro materno que lo introduce en la relación sexualizante “antinatural”, como lo llama Silvia Bleichmar (9), porque lo saca del estado natural de organismo, y lo hace humano; es este un proceso de inscripción fundante. Instituyendo así una “primaria” organización, como propone Aulagnier (10), que hará posible toda inscripción posterior, es decir, toda simbolización, represión, por tanto y la memoria misma. La alteridad, el ambiente, según cada autor, hace posible así la propia inscripción del sujeto.

El miedo al derrumbe tiene que ver con un ambiente que dejó caer a esta cría humana (8), que no le dio sostén suficiente en el tiempo de la constitución de la organización “primaria”. Como ocurrió con el paciente descrito, al ser despojado de su hogar para vivir en el Sename, en un momento muy temprano de su constitución como sujeto. Pero aunque no haya podido haber inscripción, suponemos un tipo de retorno, para re-experienciarlo en la transferencia o para hacer de ello un síntoma, como en nuestro paciente que repite el derrumbe una y otra vez, de modo que algún tipo traza o marca ha debido dejar.

LO ORIGINARIO

Se trata, pienso, de algo que marca al organismo como una forma de colonización. Como los cuidados maternos que invisten el cuerpo del infante, estas vivencias lo marcan en forma *negativa* (11), como una no-investidura. El mismo mecanismo que podríamos adjudicar a las somatizaciones, donde el problema pudiera ser también que algo del cuerpo queda fuera de la trama de erotización por parte del otro.

Piera Aulagnier (10) propone el concepto de pictograma para la conjunción entre una zona corporal excitada por la necesidad, el objeto

que calma y satisface y un plus de placer. De la conjunción sincronizada de estos tres elementos surge una huella, marca psíquica o traza, altamente catectizada que queda grabada en el inconsciente, que trasciende lo puramente conservativo, permitiendo la emergencia de una zona erógena. Esta es la forma en que psique y soma se conjugan en una primera y mínima vivencia de integración.

Si lo que predomina es el displacer en vez del plus de placer, se formará un pictograma de rechazo, que afecta a toda la zona y al objeto. Esto ocasiona vacíos en la trama psíquica que tendrán importancia en la estructuración de los cuadros limítrofes y en las psicosis, apunta Aulagnier. Los pictogramas de rechazo bien pueden ser la forma de marcar una zona y una sensación, como esa agonía que pulsa e impulsa en el miedo al derrumbe. A la cara psíquica de esta vivencia debe agregársele una física, dado que se asienta en una zona corporal. Y ¿qué aspecto puede tomar este pictograma de rechazo en el cuerpo si no es una especial vulnerabilidad a reacciones somáticas posteriores?

Los pictogramas, como los “significantes formales” de Anzieu (12), son continentes psíquicos. Es decir, que lo que se marca es la forma que adquirirá ese espacio de contención que determinará, a su vez, los contenidos que vendrán, dándoles su forma, influyendo así las percepciones, el intercambio con el mundo y con el otro.

CONCLUSIONES

En el caso clínico expuesto, toda experiencia que pudiera ser de satisfacción toma la forma de una amenaza de derrumbe. Sin que esta amenaza pueda ser consciente, porque no es algo que el sujeto pueda tener presente, pero sí que se actúa haciendo el derrumbe efectivo: olvida lo aprendido, comete errores graves, en fin, pierde el trabajo justo cuando estaba teniendo logros.

Como forma preexistente, el derrumbe hace de continente para toda vivencia posterior, convirtiéndola en experiencia de derrumbe. Este continente es a la vez psíquico y somático. Así el cuerpo también va siendo colonizado, si se puede decir así, por formas que determinarán su experiencia. Y, estos continentes no son otro que el inconsciente mismo; estamos hablando entonces de las formas que va tomando el psiquismo (conviniendo que el psiquismo es inconsciente) en su camino desde ese organismo que somos antes que nada, hacia las primeras inscripciones corporales, luego trazas perceptivas y finalmente, los procesos de simbolización primario y secundario.

REFERENCIAS

1. Assoun. P.L. (1998) *Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
2. Winnicott, D.W. (1991) *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.
3. Green, A. (2000) Cap.12. Sobre el sentido en psicósomática. En *Interrogaciones Psicósomáticas*, bajo la dirección de Alain Fine y Jacqueline Schaeffer. Buenos Aires: Amorrortu.
4. Aceituno, R. (compilador) (2010) *Espacios de Tiempo. Clínica de lo traumático y procesos de simbolización*. En Primera Parte: Tener Lugar. Santiago: Universidad de Chile.
5. Rousillon, R. (2015) Simbolizaciones primarias y secundarias [en línea]. <http://www.apuruguay.org/sites/default/files/rousillon-simbolizaciones-primarias-y-secundarias-trad-elena-errandonea.pdf>. [Recuperado el 16/07/16].
6. Freud, S. (1991) Sigmund Freud Obras completas. T.I. (1896) Manuscrito K. Las neurosis de defensa. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
7. Winnicott, D.W. (1993/2012) *La naturaleza humana*. (7.^a Reimpresión). Buenos Aires: Paidós.
8. Pérez, C. (2017) La soñada Roma de Sigmund. *Revista Gradiva*. Sociedad Chilena de Psicoanálisis -Ichpa. Vol. IV, N.º 2 - 2017.
9. Bleichmar, S. (2015) En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia. Buenos Aires: Amorrortu.
10. Aulagnier, P. (1986/2015). Birth of a Body, origin of a history. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol 96, N.º5,1371-1401.
11. Green, A. (1993) El trabajo de lo negativo. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
12. Anzieu, D. [et. Al.] (1987, 2004) Las envolturas psíquicas. (1.^a Reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu.

Correspondencia a:
l-messina@hotmail.com

Neurofisiología de la empatía: una revisión de investigaciones

Neurophysiology of empathy: a review of investigations

Roberto Verdugo A.^{1,2}, Enrique Lorca P.¹

RESUMEN

La empatía es un constructo con múltiples definiciones y modelos explicativos, los cuales se han conformado a partir de observaciones e investigaciones en humanos y otros animales. En el presente, se revisaron estudios en humanos sanos, que vincula empatía con conducta motora, sistema nervioso autónomo y central. La evidencia presentada apoya la asociación entre empatía y el sistema de neuronas en espejo, la imitación facial, el contagio pupilar, el sistema autonómico, la interocepción, la conectividad neuronal, la ínsula, el cíngulo, entre otras. Finalmente, esta revisión incentiva el estudio, investigación y desarrollo de las múltiples áreas y disciplinas que tratan con la empatía.

Palabras clave: empatía, rostro, sistema nervioso autónomo, neuronas en espejo, ínsula, interocepción.

ABSTRACT

Empathy is a construct with multiple definitions and explanatory models, which have been formed from observations and research in humans and other animals. In the present, studies in healthy humans were reviewed, linking empathy with motor behavior, autonomic and central nervous system. The evidence presented supports the association between empathy and the mirror neuron system, facial imitation, pupillary contagion, the autonomic system, interoception, neuronal connectivity, the insula, the cingulate cortex, among others. Finally, this review encourages the study, research and development of the multiple areas and disciplines that deal with empathy.

Keywords: empathy, face, autonomic nervous system, mirror neurons, insula, interoception.

¹ Laboratorio de Neurosistemas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² Unidad de Investigación y Desarrollo, Hospital El Carmen de Maipú, Servicio de Salud Metropolitano Centro.

INTRODUCCIÓN

La empatía es fundamental en la construcción de conductas prosociales (1), el tratamiento de diversas patologías y el desarrollo de habilidades comunicacionales en salud (2) y educación. En el presente, se mostrará en forma articulada los hallazgos de algunos estudios neurofisiológicos vinculados a empatía. Robert Vischer usó por primera vez el término alemán "Einführung" en el siglo XVIII, que se traduciría como "sentirse dentro de". Titchener, en 1909, acuñó el término en inglés "empathy" tal y como se conoce actualmente, valiéndose de la etimología griega *εμπάθεια* (cualidad de sentirse dentro) (3). La Real Academia Española en su 23.ª Ed. define empatía como la "*Capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos*" (4). Como todo fenómeno complejo, la empatía, puede ser estudiada desde diversos puntos de vista. El Modelo de Percepción-Acción estudia los procesos neurocognitivos que ocurren al sujeto que empatiza (5, 6). Las perspectivas situacionales ponen su acento en el escenario o identificación con la persona objeto de empatía al cual está expuesto el sujeto que empatiza (7). Las perspectivas disposicionales centran su mirada en las habilidades del sujeto que empatiza como es el caso del concepto de empatía cognitiva y afectiva, que se refieren a comprender o compartir las emociones de un otro, respectivamente. Las perspectivas de empatía conductual evalúan los actos empáticos en independencia de su motivación (8). Otras teorías integradoras aceptan las miradas afectivas y cognitivas de la empatía (9) y más recientemente la unión de las perspectivas disposicionales y situacionales (3, 10).

Para entender la empatía, se han planteado algunos modelos que intentan explicar los factores que subyacen a este fenómeno. Modelo de Percepción-Acción (5) sugiere que debemos considerar la empatía con una visión emocional, cognitiva y circunstancial, que integre tanto los fenómenos de Percepción-Acción (respuesta

preparada, conducta por aprendizaje, planeamiento motor e imitación), como directamente empáticos (identificación con otros, contagio emocional, culpa, conducta de ayuda y empatía cognitiva). Postula que la percepción del estado de un tercero activa automáticamente las representaciones internas del sujeto, generando respuestas autonómicas y somáticas asociadas entre sí. Siguiendo sobre la misma idea, el Modelo Neurocognitivo de Contagio Emocional (11), intenta describir cómo señales socialmente dinámicas, pasan a través de un emisor por su configuración facial, corporal y mental específica, siendo esta configuración un sustrato perceptual captado por un receptor que puede modificar su entendimiento, emoción y predisposición sobre la situación. Es así que surge un correlato neurofisiológico que se sustenta a partir de los estudios realizados por Catmur y Cols. en el 2009 (12). Catmur, identifica en el sistema de neuronas espejo el mecanismo de aprendizaje asociativo por medio del emparejamiento sensorio-motor (13). Esto apuntaría a que la activación del sistema relacionado con las neuronas espejo puede almacenar respuestas y estados a partir de experiencias imitativas en donde participen un emisor y un receptor (14). Ambos modelos tienen un punto común, siendo este la participación de más de un sujeto en el proceso de integración de factores relacionados con la empatía.

Pasamos a presentar la evidencia experimental que vincula la empatía con comportamientos, actividad del sistema nervioso autónomo y central.

1. Comportamiento

Nuestro estado emocional se refleja en nuestra postura, expresión facial y forma de mirar (15). Podemos percibir e imitar estas señales incluso sin tener conciencia de ello. Meltzoff y Moore, 1977, mostraron que recién nacidos desde 0,7 a 71 horas de vida ya imitan gestos faciales (16). Esta imitación podría ser un peldaño fundacional

de las habilidades de empatía (11). Por otra parte, la obstrucción aguda de la imitación facial al utilizar Botox, morder un lápiz o usar goma de mascar dificulta el reconocimiento de expresiones emocionales faciales (17, 18). Sonnby-Borgstrom en 2002, demostró que la observación de rostros con carga emocional, incluso por breves períodos de tiempo (17 a 40 milisegundos), causa reacciones involuntarias faciales que pueden ser medidas a través de electromiografía (19). En este mismo estudio se mostró que las personas con altas puntuaciones de empatía emocional reaccionaron en forma congruente con la expresión presentada. Por el contrario las personas con bajas puntuaciones de empatía emocional, se asociaron a reacciones incongruentes, como sonreír ante la observación de rostros enojados.

2. Sistema Nervioso Autónomo

En 1979, Aniskiewicz, puso a prueba la asociación entre sistema nervioso autónomo y empatía. Su experimento consistía en que una persona simulaba recibir descargas eléctricas mientras se medía la conductancia de la piel de un observador psicópata, considerado carente de empatía, o un control. La conductancia de la piel es un indicador de actividad simpática. Los observadores psicópatas presentaban una marcada disminución de la actividad simpática ante el dolor observado en otro (20). Chauhan y cols., 2008, investigaron la contribución del sistema nervioso autónomo a la empatía, pero a través del estudio de pacientes con Insuficiencia Autonómica Primaria. Mostraron que esta condición se asociaba a menores puntuaciones de empatía emocional en comparación a controles. Este resultado no era causado por diferencias en edad, género, discapacidad funcional o estado de ánimo (21).

La pupila es de interés para el estudio del vínculo entre empatía y sistema nervioso autónomo ya que: congrega tanto eferencias simpáticas (midriasis) como parasimpáticas (miosis), es fácilmente visible, presenta una velocidad de cambio

en escala de milisegundos (22) y cambia en relación al contexto emocional (23). Ya en el siglo XVII, el efecto dilatador pupilar de la belladona fue usado para manifestar interés y seducir (24). Demos y cols., 2008, mostraron que la observación de rostros femeninos neutros, con pupilas aumentadas de tamaño artificialmente, activó las amígdalas de observadores masculinos. Estos observadores no reportaron notar los cambios en el tamaño pupilar de los rostros observados. Según los autores, esto podría ser una señal de alerta o de interés que es percibida incluso sin conocimiento explícito del observador (24). Otros ejemplos de la funcionalidad de la pupila como emisor de señales emocionales son los estudios de Harrison y cols., 2007 y 2006 (25, 26). En dichos estudios, se muestra que el tamaño pupilar de un rostro triste modula la intensidad de la emoción percibida incluso sin que estos cambios sean observados conscientemente. Así, rostros tristes con pupilas más pequeñas son considerados más intensamente tristes. La sensibilidad a estas señales se asociaron a mayores puntuaciones de empatía emocional (25).

La relación entre empatía y reactividad pupilar del observador también ha sido estudiada. Así, por ejemplo, durante el período de 3 a 4 segundos de observación de imágenes de rostros alegres, neutros y tristes, las pupilas de los observadores con mayores puntuaciones de una subescala de empatía emocional (estrés empático), fueron más pequeñas que las de personas con menores puntuaciones de empatía (27). Esto nos indica una asociación entre la actividad autonómica del observador y su empatía emocional.

Harrison y Cols, 2006, mostraron que, el tamaño pupilar de imágenes de rostros tristes se correlacionaba con el tamaño pupilar del observador, en lo que acuñaron como "contagio pupilar". Este efecto se asoció al cambio de la actividad (RNMf) del núcleo parasimpático mesencefálico de Edinger-Westphal junto con otras áreas como la amígdala, ínsula y surco temporal supe-

rior (26). Este experimento es un ejemplo de que el observar señales autonómicas con contenido emocional produce reacciones autonómicas en el observador.

La relación entre interocepción y empatía es milenaria. La palabra aramea *Splacnisomai* de la Biblia significa etimológicamente *sentir con las entrañas*. Era utilizada para describir el sentimiento de Jesús hacia las personas. En las traducciones al griego y latín quedó transformada en *miseri-cordia* (29). Fukushima y cols., 2011, evaluaron la asociación entre la interocepción de la propia actividad cardíaca y los rasgos de empatía emocional. A través de electroencefalografía (EEG) registraron un indicador de procesamiento interoceptivo llamado potencial evocado de latido cardíaco ('heartbeat-evoked potential'). Este potencial evocado se presenta en relación a la onda R del electrocardiograma (ECG) y se piensa que refleja el procesamiento de la información aferente cardíaca. Los sujetos evaluaron las emociones y características físicas de imágenes de rostros de personas centrados en los ojos, mientras eran registrados con EEG y ECG. No hubo hallazgos en relación a la actividad cardíaca (ECG), pero los potenciales evocados de latido cardíaco (EEG) aumentaron su negatividad durante la evaluación emocional en áreas frontales centrales. Las personas con mayores puntuaciones en Preocupación Empática, considerada una forma de empatía emocional, presentaron mayor amplitud de potenciales evocados durante esta tarea³⁰.

3. Sistema Nervioso Central

En el año 1850 se describió el caso de Phineas Gage. Por accidente, una barra de metal atravesó su corteza pre-frontal, provocando un total cambio de su personalidad, convirtiéndose en un individuo desatento, agresivo y poco empático³¹. Desde entonces, múltiples estructuras cerebrales han sido vinculadas a la empatía. Algunas de ellas son Corteza Insular Anterior (IA), Corte-

za Cingulada Anterior (CCA) y media, giro temporal medio y superior, cortezas somatosensoriales, regiones frontoparietales dorsales, corteza prefrontal medial, amígdala, tálamo, substancia nigra y núcleo rojo³². Algunas áreas se asocian a un tipo de empatía más que a otra. Así la activación de la corteza cingulada media se ha relacionado con empatía cognitiva y la IA derecha con la empatía emocional³³. A continuación mostraremos estudios que asocia sistemas neuronales, cortezas cerebrales o indicadores de conectividad neuronal con empatía.

a. Sistemas de Neuronas en Espejo (SNE)

Las neuronas espejo, inicialmente descubiertas en corteza premotora, tienen la característica de descargar tanto ante la acción motora como ante la observación del mismo acto motor por parte de otro (34). Se han detectado dos redes con propiedades en espejo: 1. El sistema en espejo parieto-frontal se relaciona con el reconocimiento de la conducta voluntaria e incluye el lóbulo parietal, corteza premotora y la región caudal del giro frontal inferior. 2. El sistema límbico en espejo se vincula con el reconocimiento de conducta afectiva y está formado por la ínsula y la corteza fronto mesial anterior (34). Existe evidencia de la asociación entre activación de distintas regiones del SNE y empatía tanto emocional como cognitiva (14). A modo de ejemplo Gazzola y cols., 2006, estudió la posibilidad de un sistema neuronal auditivo en espejo en humanos, comparando la actividad en RNMF ante estímulos auditivos y la ejecución motora de la acción escuchada. Los estímulos auditivos correspondieron a acciones manuales u orales fácilmente distinguibles. Encontraron que regiones temporo-parietales-premotoras fueron activadas en ambos casos lo que apoya la existencia de un sistema de neuronas en espejo auditivo en humanos. Sorprendentemente, la activación de estas áreas fue más intensa en aquellos sujetos con alta puntuación en la escala de empatía cognitiva llamada Adopción de Perspectiva. En sujetos

con bajas puntuaciones en la misma escala esta actividad no llegó a ser significativa (35).

El observar a alguien siendo tocado puede activar un circuito neuronal similar a ser tocado (cortezas somatosensoriales primarias y secundarias junto con regiones premotoras y temporales superiores). Este es un concepto vinculado, pero no equivalente, al de SNE (36). Una acentuación de esta cualidad la tienen las personas con *sinestesia de espejo al tacto*, pudiendo experimentar una sensación táctil cuando ven a otra persona siendo tocada (37, 38). En una mujer con sinestesia al tacto, estudios de RNMf, muestran hiperactividad en la corteza somatosensorial, premotora e IA en forma bilateral (39). Banissy y cols., 2007, mostraron que personas con sinestesia al tacto presentaban mayores puntuaciones en empatía emocional pero no así en empatía cognitiva (37).

b. Corteza Insular Anterior (IA)

La corteza de la IA y la corteza cingulada anterior (CCA) son áreas claves del cerebro que se activan al experimentar sentimientos vicarios (1). La IA tiene conexiones con la porción del giro de la CCA (gCCA), opérculo frontal, corteza orbitofrontal, polo temporal dorsal y ventral, y áreas somatosensoriales del lóbulo parietal (1, 40). La IA se activa ante las sensaciones subjetivas del cuerpo y su función de re-representación interoceptiva es posiblemente la base de variados sentimientos, incluidos los de empatía (41, 42). La IA muestra aumento de la activación ante la observación de estímulos dolorosos, negativos y positivos experimentados por otros (32, 43). Incluso reacciona ante la observación implícita de experiencias dolorosas de otros, a diferencia de otras regiones muy vinculadas como la CCA (44). La IA derecha se ha relacionado con la conciencia de la actividad visceral (45). La activación de subregiones de la ínsula se correlacionan con distintas sensaciones gatilladas de la observación de situaciones de otros. Por ejemplo la observación de reacciones repulsivas genera

sensaciones de náuseas y baja en la frecuencia cardíaca en el observador, que se correlacionan con activación de la región ventral de la IA. Por otra parte, la observación del corte de piel de una persona despierta sensaciones de mareos en el observador y activación predominante de áreas dorsales de la IA (42, 46). Pacientes con lesiones focales en la IA muestran deterioro con la evaluación explícita del dolor de otro, lo que apunta a la necesidad de su activación para presentar conciencia emocional (32).

Se ha propuesto que la IA junto a la corteza somatosensorial primaria son áreas claves en la integración Top-down y Bottom-up. Los procesos Top-down a menudo son impulsados por la demanda de tareas y son en gran parte voluntarios; Los procesos Bottom-up, por otro lado, son principalmente automáticos e impulsados por estímulos. La integración de la información Bottom-up y Top-down se considera esencial para que ocurra la conciencia. La IA es un candidato de esta integración en base a la co-representación de la influencia Top-down (demanda cognitiva) y Bottom-up (valencia emocional) (32).

c. Corteza del Cíngulo Anterior (CCA)

La región del gCCA tiene conexiones con el surco temporal superior, la cortezas temporo parietales y prefrontal dorsomedial que están asociadas al procesamiento del estado mental de otros. El gCCA también se conecta con la IA, regiones laterales y mediales de la corteza orbitofrontal y el núcleo accumbens (1). Existe evidencia, desde estudios de lesiones en humanos y registro intracerebral en monos, que relacionan el gCCA con el procesamiento del contexto social (1).

También la actividad de la CCA se vincula con la observación explícita de estímulos dolorosos o negativos experimentados por otros (43, 44). El estudio de Singer y cols., 2004, ejemplifica esto. El registro (RNMf) de mujeres ante el estímulo eléctrico doloroso en el dorso de la mano, evi-

denció la activación de la IA y el gCCA. Esta misma activación la encontraron cuando ellas observaban que sus parejas recibían el mismo estímulo doloroso dentro de la sala de registro. Las mujeres evaluadas con mayor puntuación de empatía emocional mostraron mayor actividad de la IA izquierda y la CCA (47). Desde este estudio en adelante otros estudios han confirmado la activación de IA y la CCA en respuesta a la observación del dolor de otros (1, 48). En un paradigma similar al utilizado por Singer, 2004, pero enfocado al estudio de la emoción vicaria de ganar (49), Lockgood, 2015, identificó la activación de la región del gCCA y las IA bilaterales a la observación de ganancia por parte de otro. Sorprendentemente, para aquellas personas con alta puntuación de empatía emocional, la activación de la región del gCCA era exclusiva de la ganancia de otros y no para la propia ganancia. Estos resultados sugieren que las evaluaciones psicométricas de empatía se asocian a diferentes modalidades de procesamiento neurofisiológico de las emociones observadas.

d. Conectividad Neuronal

Otra forma de estudio de los fenómenos neurofisiológicos, y particularmente cognitivos, es a través de la conectividad anatómica, efectiva o funcional entre grupos neuronales. La conectividad anatómica se refiere al estudio de axones o dendritas que unen neuronas o grupos neuronales (50). La conectividad efectiva hace referencia a la influencia que un grupo neuronal ejerce sobre otro, mientras la conectividad funcional se refiere a la dependencia estadística entre eventos neurofisiológicos lejanos (51). En otras palabras la conectividad funcional es la covarianza de actividad entre las regiones estudiadas, mientras la conectividad efectiva es la direccionalidad de la actividad.

En un estudio de conectividad anatómica, Parkinson y Wheatley, 2014, asociaron los valores de anisotropía fraccional con empatía emocio-

nal. La anisotropía fraccional puede reflejar incrementos en la mielinización, en la coherencia axonal y/o aumento del calibre axonal (52). Ellos encontraron aumento de actividad de diversos tractos en directa relación con las puntuaciones de empatía emocional. Por ejemplo, encontraron aumento de actividad en el fascículo uncinado que se vincula con comunicación del sistema límbico interconectando amígdala, formación hipocampal, lóbulos temporales y corteza orbito frontal. No encontraron asociación entre anisotropía fraccional y puntuaciones de empatía cognitiva (53).

Un estudio de redes de conectividad funcional en reposo, utilizando RNMf, encontró dos redes que denominaron de “control ejecutivo” y de “saliencia” emocional. Está última incluía la IA bilateral, CCA, la amígdala y el hipotálamo. Pequeñas regiones de la IA y de la corteza prefrontal cercanas a la CCA estaban incluidas en ambas redes, sugiriendo la base para la interacción entre emoción y cognición (41, 54). Hay evidencia de estudios de conectividad efectiva que apuntan a la IA como la responsable del cambio de actividad entre estas redes neuronales (55).

Kim y cols., 2017, estudiaron la asociación entre conectividad funcional (RNMf) en reposo y empatía. Evidenciaron que la actividad entre la corteza prefrontal medial y la CCA estaba disminuida en aquellas personas con bajos niveles de empatía comparado con un grupo control con niveles de empatía promedio. Este efecto se mantuvo para las sub escalas de empatía emocional (Preocupación Empática y Distrés Personal) como para una escala de empatía cognitiva (Fantasía). Este efecto no se evidenció en relación a la escala cognitiva Adopción de Perspectiva (56).

La compasión es considerada por algunos autores como una forma de empatía “sana” (3) que podría reflejar una integración entre las dimensiones empáticas emocionales y cognitivas.

Monjes budistas, con entrenamiento en meditación compasiva, son un posible modelo de desarrollo empático cognitivo y emocional. Lutz y Cols., 2004, estudiaron la actividad electroencefalográfica de monjes budistas y controles durante meditación compasiva. Encontraron, en los primeros, un aumento significativo de actividad (poder) de gamma (25-42 Hz) y también de sincronía de fase a igual frecuencia (57). Ambos parámetros pueden ser interpretados como un aumento en la integración temporal de la actividad neuronal a distancia. La integración neuronal temporal a distancia se ha asociado a funciones cognitivas y afectivas complejas (58). Las frecuencias gamma (30-200Hz), en particular, se han relacionado con procesos de percepción, atención, memoria, conciencia y plasticidad sináptica (59).

CONCLUSIONES

En la presente revisión recordamos algunas de las visiones y modelos de empatía. Posteriormente mostramos estudios, en humanos sin patologías descritas, que apoyan las siguientes observaciones: (1) La congruencia de la imitación facial está asociada a la mayor empatía emocional del observador. (2) El aumento de la actividad del SNE y el Sistema en Espejo Táctil se relacionan a mayores puntuaciones de empatía. (3) La disfunción del sistema nervioso autónomo se asocia un menor desempeño empático emocional. (4) La actividad autónoma pupilar puede ser una señal con contenido emocional. (5) La observación de estados autonómicos con contenido emocional en otros, puede reflejarse en el estado autonómico del observador. (6) La respuesta autónoma del observador activa un sistema interoceptivo. (7) La activación de la IA bilateral, CCA, Corteza Cingulada Media y Cortezas Somato sensoriales se asocian a mayores puntuaciones de empatía. (8) La IA y CCA podrían estar a la base de la integración cognitivo emocional. (9) Un mayor desempeño empático se asocian a una mayor conectividad anatómica y funcional.

En resumen, la evidencia revisada nos orientan a que las señales con contenido emocional conductual y/o autonómicas despiertan en el observador conductas y/o reacciones autonómicas de similares características que las observadas. La percepción de las señales emocionales de otros como las reacciones conductuales o autonómicas del observador se vincula con áreas de procesamiento emocional y cognitivo del cerebro. Además, el hecho de que la empatía se asocie a indicadores de mayor conectividad neuronal apoya la observación de que no se puede atribuir la empatía a una estructura cerebral específica, sino a redes neuronales que involucran múltiples áreas cerebrales. Las diferentes observaciones que se desprenden de la presente revisión podrían ser usadas como argumento a favor de los modelos de Percepción-Acción o Neurocognitivo de Contagio Emocional.

El presente trabajo aspira a comprender algunos hitos orientadores con respecto a la neurofisiología del proceso empático. Sin embargo, dejamos fuera de la presente revisión las patologías y trastornos vinculados, pues ello requiere una o múltiples revisiones. Esperamos que este trabajo incentive el estudio, investigación y desarrollo de las múltiples áreas y disciplinas que tratan con la empatía.

AGRADECIMIENTOS

A Roberto Verdugo Pizarro, Alejandra Toro Echeverría y Cristian Castañeda Morales por su cooperación en la revisión del texto.

Los autores no declaramos conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lockwood PL. The anatomy of empathy: Vicarious experience and disorders of social cognition. *Behav Brain Res.* 2016;311:255-266. doi:10.1016/j.bbr.2016.05.048.

2. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med.* 2003;18:670-674.
3. Fernández-Pinto I, López-Pérez B, Márquez M. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *An Psicol.* 2008;24(2):284-298.
4. Diccionario de la lengua española, 23a Ed. Real Academia Española. <http://dle.rae.es/?id=EmzYXHW>. Published 2014. Accessed November 12, 2017.
5. Preston SD, de Waal FBM. Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behav Brain Sci.* 2002;25(1):1-20-71.
6. de Waal FBM, Preston SD. Mammalian empathy: behavioural manifestations and neural basis. *Nat Rev Neurosci.* 2017;18(8):498-509. doi:10.1038/nrn.2017.72.
7. Igartua J-J, Páez D. Validez y fiabilidad de una escala de empatía e identificación con los personajes. *Psicothema.* 1998;10:423-436.
8. Irving P, Dickson D. Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. *Int J Health Care Qual Assur.* 2004;17(4):212-220. doi:10.1108/09526860410541531.
9. Davis MH. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *Cat Sel Doc Psychol.* 1980;10(85):1-17.
10. Salovey P, Mayer JD. Emotional Intelligence. *Imagin Cogn Pers.* 1990;9(3):185-211. doi:10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG.
11. Prochazkova E, Kret ME. Connecting minds and sharing emotions through mimicry: A neurocognitive model of emotional contagion. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;80(May):99-114. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.05.013.
12. Catmur C, Walsh V, Heyes C. Associative sequence learning: the role of experience in the development of imitation and the mirror system. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 2009;364(1528):2369-2380. doi:10.1098/rstb.2009.0048.
13. Catmur C, Walsh V, Heyes C. Sensorimotor Learning Configures the Human Mirror System. *Curr Biol.* 2007;17(17):1527-1531. doi:10.1016/j.cub.2007.08.006.
14. Baird AD, Scheffer IE, Wilson SJ. Mirror neuron system involvement in empathy: A critical look at the evidence. *Soc Neurosci.* 2011;6(4):327-335. doi:10.1080/17470919.2010.547085.
15. Kret ME, Derntl B. Emotional expressions beyond facial muscle actions . A call for studying autonomic signals and their impact on social perception. 2015;6(May):1-10. doi:10.3389/fpsyg.2015.00711.
16. Meltzoff AN, Moore MK. Imitation of Facial and Manual Gestures by Human Neonates. *Science (80-).* 1977;198(4312):75-78. doi:10.1126/science.198.4312.75.
17. Neal DT, Chartrand TL. Embodied Emotion Perception: Amplifying and Dampening Facial Feedback Modulates Emotion Perception Accuracy. *Soc Psychol Personal Sci.* 2011;2(6):673-678. doi:10.1177/1948550611406138.
18. Oberman LM, Winkielman P, Ramachandran VS. Face to face: Blocking facial mimicry can selectively impair recognition of emotional expressions. *Soc Neurosci.* 2007;2(3-4):167-178. doi:10.1080/17470910701391943.
19. Sonnby-Borgström M. Automatic mimicry reactions as related to differences in emotio-

- nal empathy. *Scand J Psychol.* 2002;43(5):433-443. doi:10.1111/1467-9450.00312.
20. Aniskiewicz AS. Autonomic components of vicarious conditioning and psychopathy. *J Clin Psychol.* 1979;35(1):60-68.
21. Chauhan B, Mathias CJ, Critchley HD. Autonomic contributions to empathy: evidence from patients with primary autonomic failure. *Auton Neurosci.* 2008;140:96-100. doi:10.1016/j.autneu.2008.03.005.
22. Chalupa L, Wener J. Learning from the Pupil: Studies of Basic Mechanisms and Clinical Applications. In: *The Visual Neurosciences.* Massachusetts Institute of Technology; 2004.
23. Bradley MM, Miccoli L, Escrig M a, Lang PJ. The pupil as a measure of emotional arousal and autonomic activation. *Psychophysiology.* 2008;45:602-607. doi:10.1111/j.1469-8986.2008.00654.x.
24. Demos KE, Kelley WM, Ryan SL, Davis FC, Whalen PJ. Human amygdala sensitivity to the pupil size of others. *Cereb Cortex.* 2008;18(12):2729-2734. doi:10.1093/cercor/bhn034.
25. Harrison NA, Wilson CE, Critchley HD. Processing of observed pupil size modulates perception of sadness and predicts empathy. *Emotion.* 2007;7(4):724-729. doi:10.1037/1528-3542.7.4.724.
26. Harrison NA, Singer T, Rotshtein P, Dolan RJ, Critchley HD. Pupillary contagion: central mechanisms engaged in sadness processing. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2006;1(1):5-17. doi:10.1093/scan/nsl006.
27. Verdugo R, Vergara R, Madariaga S, Maldonado P. Cambio pupilar ante la observación de emociones como función de la empatía. *En prensa.*
28. Verdugo R, Brunetti E, Maldonado P. "Cambio pupilar como indicador de empatía." 2012.
29. Restrepo LC. *El Derecho a La Ternura.* LOM.; 1999.
30. Fukushima H, Terasawa Y, Umeda S. Association between interoception and empathy: evidence from heartbeat-evoked brain potential. *Int J Psychophysiol.* 2011;79(2):259-265. doi:10.1016/j.ijpsycho.2010.10.015.
31. Bigelow H. Dr. Harlow's Case of Recovery from the passage of an Iron Bar through the Head. *Am J Med Sci.* 1850;20:13-22. doi:10.1016/0003-6870(73)90259-7.
32. Gu X, Hof PR, Friston KJ, Fan J. Anterior insular cortex and emotional awareness. *J Comp Neurol.* 2013;521(15):3371-3388. doi:10.1002/cne.23368.
33. Fan Y, Duncan NW, de Greck M, Northoff G. Is there a core neural network in empathy? An fMRI based quantitative meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011;35(3):903-911. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.10.009.
34. Cattaneo L, Rizzolatti G. The Mirror Neuron System. *Arch Neurol.* 2009;66(5):557-560. doi:10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230.
35. Gazzola V, Aziz-Zadeh L, Keysers C. Empathy and the Somatotopic Auditory Mirror System in Humans. *Curr Biol.* 2006;16(18):1824-1829. doi:10.1016/j.cub.2006.07.072.
36. Linkovski O, Katzin N, Salti M. Mirror Neurons and Mirror-Touch Synesthesia. *Neurosci.* 2016:1-6. doi:10.1177/1073858416652079.

37. Banissy MJ, Ward J. Mirror-touch synesthesia is linked with empathy. *Nat Neurosci*. 2007;10(7). doi:10.1038/nn1926.
38. van Leeuwen TM, Singer W, Nikolić D. The merit of synesthesia for consciousness research. *Front Psychol*. 2015;6(DEC):1-9. doi:10.3389/fpsyg.2015.01850.
39. Blakemore SJ, Bristow D, Bird G, Frith C, Ward J. Somatosensory activations during the observation of touch and a case of vision-touch synaesthesia. *Brain*. 2005;128(7):1571-1583. doi:10.1093/brain/awh500.
40. Shura RD, Psy D, Hurley RA, Taber KH, Ph D. Insular Cortex: Structural and Functional Neuroanatomy. 2014.
41. Craig ADB. How do you feel--now? The anterior insula and human awareness. *Nat Rev Neurosci*. 2009;10(1):59-70. doi:10.1038/nrn2555.
42. Critchley HD, Harrison N a. Visceral Influences on Brain and Behavior. *Neuron*. 2013;77(4):624-638. doi:10.1016/j.neuron.2013.02.008.
43. Gu X, Liu X, Van Dam NT, Hof PR, Fan J. Cognition-emotion integration in the anterior insular cortex. *Cereb Cortex*. 2013;23(1):20-27. doi:10.1093/cercor/bhr367.
44. Gu X, Liu X, Guise KG, Naidich TP, Hof PR, Fan J. Functional Dissociation of the Frontoinsular and Anterior Cingulate Cortices in Empathy for Pain. *J Neurosci*. 2010;30(10):3739-3744. doi:10.1523/JNEUROSCI.4844-09.2010.
45. Critchley HD, Wiens S, Rotshtein P, Öhman A, Dolan RJ. Neural systems supporting interoceptive awareness. *Nat Neurosci*. 2004;7(2):189-195. doi:10.1038/nn1176.
46. Harrison NA, Gray MA, Gianaros PJ, Critchley HD. The Embodiment of Emotional Feelings in the Brain. *J Neurosci*. 2010;30(38):12878-12884. doi:10.1523/JNEUROSCI.1725-10.2010.
47. Singer T, Seymour B, O'Doherty J, Kaube H, Dolan R, Frith C. Empathy for Pain Involves the Affective but not Sensory Components of Pain. *Science (80-)*. 2004;303(5661):1157-1162. doi:10.1126/science.1093535.
48. Lamm C, Decety J, Singer T. Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *Neuroimage*. 2011;54(3):2492-2502. doi:10.1016/j.neuroimage.2010.10.014.
49. Lockwood PL, Apps MAJ, Roiser JP, Viding E. Encoding of Vicarious Reward Prediction in Anterior Cingulate Cortex and Relationship with Trait Empathy. *J Neurosci*. 2015;35(40):13720-13727. doi:10.1523/JNEUROSCI.1703-15.2015.
50. Eriksson D. Estimating Fast Neural Input Using Anatomical and Functional Connectivity. *Front Neural Circuits*. 2016;10(December):1-10. doi:10.3389/fncir.2016.00099.
51. Friston KJ. Functional and effective connectivity: a review. *Brain Connect*. 2011;1(1):13-36. doi:10.1089/brain.2011.0008.
52. Beaulieu C. The basis of anisotropic water diffusion in the nervous system - A technical review. *NMR Biomed*. 2002;15(7-8):435-455. doi:10.1002/nbm.782.
53. Parkinson C, Wheatley T. Relating anatomical and social connectivity: White matter microstructure predicts emotional empathy. *Cereb Cortex*. 2014;24(3):614-625. doi:10.1093/cercor/bhs347.

54. Seeley WW, Menon V, Schatzberg AF, et al. Dissociable Intrinsic Connectivity Networks for Salience Processing and Executive Control. *J Neurosci*. 2007;27(9):2349-2356. doi:10.1523/JNEUROSCI.5587-06.2007.
55. Sridharan D, Levitin DJ, Menon V. A critical role for the right fronto-insular cortex in switching between central-executive and default-mode networks. *Proc Natl Acad Sci*. 2008;105(34):12569-12574. doi:10.1073/pnas.0800005105.
56. Kim S, Kim S, Kim H, et al. Altered Functional Connectivity of the Default Mode Network in Low-Empathy Subjects. *Yonsei Med J*. 2017;58(5):1061-1065. doi:https://doi.org/10.3349/ymj.2017.58.5.1061.
57. Lutz A, Greischar LL, Rawlings NB, Ricard M, Davidson RJ. Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proc Natl Acad Sci*. 2004;101(46):16369-16373. doi:10.1073/pnas.0407401101.
58. Varela F, Lachaux J-P, Rodriguez E, Martinerie J. The brainweb: Phase synchronization and large-scale integration. *Nat Rev Neurosci*. 2001;2(4):229-239.
59. Uhlhaas PJ, Singer W. Abnormal neural oscillations and synchrony in schizophrenia. *Nat Rev Neurosci*. 2010;11(2):100-113. doi:10.1038/nrn2774.

Correspondencia a:
roberto@neuro.med.uchile.cl

COMENTARIO SOBRE LA PINTURA DE LA PORTADA



“LA NOCHE ESTRELLADA SOBRE EL RÓDANO” es una de las obras más famosas de Vincent van Gogh, finalizada alrededor de septiembre de 1888. Se encuentra actualmente en exhibición en el Musée d’Orsay en París.

Siendo esta una obra tan famosa, muchos de nuestros lectores probablemente han tenido ya su propia experiencia artística ante ella. Verla probablemente evocará recuerdos de su propia experiencia, junto a aquellos intensos y a la vez serenos sentimientos despertados al contemplarla.

Esta magnífica obra fue parte de los estudios de van Gogh sobre la noche, durante un tiempo en que estuvo obsesionado con ésta. El Ródano es un río que comienza en los Alpes Suizos, desemboca en el Mar Mediterráneo y atraviesa además el sur de Francia, antes de transformarse en dos ríos, el gran Ródano, y el pequeño Ródano. “La noche estrellada sobre el Ródano” fue pintada durante su período en Arles. El Ródano era un río importante para los habitantes de Arles, ya que funcionaba como un medio para el comercio. Y debido al interés de van Gogh por pintar la naturaleza, era de esperarse que también pintara el río.

Esta obra puede despertar una calma, como cuando contemplamos un río quieto en la noche, con sus propios juegos de tonos azules y trozos de verde. Podemos apreciar esos trazos anchos y marcados del artista, propios de Vincent. Y si uno observa con detención, puede percatarse en las estrellas y los reflejos de éstas sobre el Ródano, que no son blancas y brillantes, como suelen ser las estrellas que contemplamos en vivo, sino que amarillas, y de un tono más bien apagado, como si estuviéramos frente a la luz de una vela.

Esperamos puedan volver a contemplar esta obra, evocar sus propios recuerdos y quizás experimentar nuevas experiencias.

Dra. Carolina Zárate P.

Instrucciones a los autores

1. Esta revista se guía por los “Requisitos Uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas” del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas, los que se pueden consultar en Ann Intern Med 1997; 126: 34-47 y Rev Chil Neuro-Psiquiat 1998; 36: 9-20.
2. Salvo excepciones calificadas por el Comité Editorial, los trabajos deben ser originales e inéditos (salvo resúmenes de congresos), estar escritos en español y deben ajustarse a las normas de publicación de la revista. Los trabajos que cumplan con los requisitos formales serán sometidos a arbitraje por expertos. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original.
3. Debe enviarse el trabajo en formato word y pdf vía email a jmedel@hcuch.cl. Se solicita a los autores conservar copia de su trabajo. Debe tener el siguiente formato: tamaño carta, hojas numeradas en su borde inferior derecho, sin membretes, márgenes de al menos 2,5 cm en todos sus bordes, doble espacio, letra de 12 puntos. La extensión del texto no debe sobrepasar las 12 páginas, salvo en los trabajos de revisión, en donde se permiten hasta 15 páginas.
4. En la página inicial se escribirán el título del trabajo, breve pero informativo, en español e inglés, nombre de pila y apellidos de los autores, lugar de trabajo, nombre y dirección del autor que se ocupará de la correspondencia relativa al manuscrito.
5. La segunda página debe incluir un resumen en inglés y otro en español de no más de 250 palabras abarcando introducción, métodos, resultados y conclusiones, además de 3 a 10 palabras clave (key words), que pueden ser elegidas en la lista del Index Medicus (Medical Subjects Headings).
6. Los autores no están obligados a un formato uniforme, pero en los artículos de observación y experimentales se recomienda el empleo de secciones que llevan estos encabezamientos: introducción, métodos, resultados y discusión. Cuando se efectuaren experimentos en seres humanos, explicar que los procedimientos respetaron las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (1975), modificadas en 1983, y que fueron revisados y aprobados por un comité ad hoc de la institución en que se efectuó el estudio.
7. Tanto las tablas como las figuras deben presentarse en hojas separadas, indicando la posición aproximada que les corresponde. Las figuras se identifican con números arábigos y texto en su borde inferior, en tanto que las tablas con números arábigos y texto en su borde superior. Las tablas y figuras deberán tener un título claro y conciso.
8. Las referencias bibliográficas deben limitarse a los trabajos citados en el texto, de preferencia no exceder las 40 y numerarse consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. Tanto en el texto, como en los cuadros y en los pies de epígrafes de las ilustraciones, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas

solamente en cuadros o ilustraciones se numeran siguiendo una secuencia que se establecerá por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.

9. La forma de citar revistas es: autores, título del trabajo, nombre de la revista según abreviatura del Index Medicus, seguido del año; volumen: páginas inicial y final. Consulte la lista de revistas indexadas en Index Medicus que se publica anualmente en el número de enero y como separata o en el sitio <http://www.nlm.nih.gov> de la World Wide Web. La forma de citar libros es: autores, título del libro, ciudad en la que fue publicado, editorial y año. Limite la puntuación a comas que separen los autores entre sí.

Ejemplos:

1. Vargas L. Componentes del estrés en seres humanos. Rev Méd Chile 1981, 108: 44-51.
2. Pumarino H, Pineda G, editores. Hipotálamo e Hipófisis. Santiago: Editorial Andrés Bello, 1980.
3. Brink G. Trastornos de la vigilia y el sueño. Rev Chil Neuro-Psiquiat 1965; 4: 14-21.
4. Matte I. Estudios de psicología dinámica. Santiago: Ediciones de la Universidad de Chile, 1995.
5. Nichols WC. Perspectivas de la terapia. En: Roizblatt AS (Ed.) Terapia familiar y de pareja. Santiago: Mediterráneo, 2006. pp. 77-92.

Si el número de autores es inferior o igual a seis deberán mencionarse en su totalidad; si es superior a seis deben nominarse los primeros seis y añadir la expresión *et al.* en cursiva.

Mayores detalles y ejemplos sobre el modo correcto de citar referencias se encuentran en las versiones publicadas en: <http://vwww.uchile.cl/bibliotecas/servicios/referencias-bibliograficas.pdf>

Expresar sus agradecimientos solo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo.

10. Los autores declaran eventuales conflictos de interés (relación laboral, recibir recursos económicos) con instituciones que pudiesen ser afectadas por conclusiones del artículo, o no tiene conflicto de intereses.

Antes de enviar el manuscrito

Controle haber cumplido con los siguientes requisitos:

Hoja de título

- Título
- Autor o autores
- Lugar de pertenencia
- Dirección de correo electrónico

Resumen

- Controle que no tenga más de 200 palabras
- No utilice abreviaturas

Resumen en inglés

- Título en inglés
- Controle que el número de palabras sea igual o menor a 200
- No utilice abreviaturas

Cita correcta de la bibliografía

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una de las citas indicadas en el texto tiene su correspondiente referencia en el apartado de bibliografía?
- ¿Las referencias están citadas de acuerdo al reglamento de publicaciones?

Figuras

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Se acompañaron los pies o leyendas indicando a qué figura corresponde cada uno?
- ¿La tipografía utilizada es legible una vez reducida la figura al tamaño de una o, a lo sumo, dos columnas de la revista?

Tablas

- ¿Están numeradas?

