

REVISTA PSIQUIATRÍA CLÍNICA

Fundada en 1962

VOL. LI - N° 1 y 2 - 2013

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.

Facultad de Medicina

Decano: Dr. Manuel Kukuljan P.

Hospital Universitario

Director Médico: Prof. Dr. Carlo Paolinelli G.

Clínica Psiquiátrica Universitaria

Director: Dr. Luis Risco N.

Editor

Dr. Rodrigo Nieto R.

Subeditor

Dr. Jonathan Veliz V.

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.

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.

Dra. Patricia Tapia I.

Ps. Cristián Montes A.

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

Assistant Professor

Clinical Psychiatry and Epidemiology

Mailman School of Public Health

Columbia University

USA

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 DE REVISIÓN

Terapia electroconvulsiva de mantención en esquizofrenia: revisión de la evidencia disponible

Álvaro Provoste L., Pablo Arancibia S. 7-13

Hipótesis glutamatérgica de la esquizofrenia

Eduardo Krüger S. 15-21

ARTÍCULOS DE PSICOPATOLOGÍA

La escisión de la mente

Mila Razmilic T., Jonathan Véliz U. 23-27

Desarrollo e historia en psicopatología: una aproximación desde el pensamiento de Ortega

Jonathan Véliz U. 29-41

CRÓNICAS

Transexuales: Integrando miradas

Patricia Tapia I., Carlos Almonte V., Alejandra Ramirez C., Enzo Devoto C., Pedro Eva C. 43-53

COMENTARIOS SOBRE LA PINTURA DE LA PORTADA..... 54

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES..... 55-59

3

Editorial

La Revista de Psiquiatría Clínica fue fundada en el año 1962 por el Profesor Dr. Armando Roa. Es la revista más antigua de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, y ha mantenido una continuidad ininterrumpida desde entonces.

En esta etapa de la revista, pretendemos dar cabida a un amplio espectro de temas de relevancia clínica, que van desde la fenomenología y la psicopatología hasta la investigación neurobiológica orientada a responder preguntas clínicamente relevantes. En este contexto caben artículos de investigación original, pero también revisiones y manuscritos de pensamiento crítico que amplíen nuestra mirada sobre estos temas. Desde luego, los reportes de casos, acompañados de la revisión de la literatura correspondiente, tendrán un rol importante al ilustrar conceptos teóricos a propósito de un paciente real.

Un objetivo especial de esta revista que no debemos olvidar es el de dar espacio a la vida al interior de la clínica. De esta manera, incluiremos noticias relevantes sobre proyectos, talleres e investigaciones en curso, así como también sobre ceremonias, reuniones y homenajes, dando cuenta de las actividades de la institución.

Agradecemos a todos quienes han colaborado para sacar este proyecto adelante, e invitamos a toda la comunidad, tanto dentro como fuera de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, a participar de este espacio enviando sus artículos de acuerdo a lo señalado en la sección "instrucciones a los autores".

Rodrigo Nieto R.

Editor

Revista de Psiquiatría Clínica

Terapia electroconvulsiva de mantención en esquizofrenia: revisión de la evidencia disponible

Maintenance Electroconvulsive Therapy in Schizophrenia: A review of the available evidence

Álvaro Provoste L.¹ y Pablo Arancibia S.¹

RESUMEN

La terapia electroconvulsiva comienza a utilizarse en psiquiatría clínica en la década de 1930, con una alta tasa de efectividad en diversos trastornos mentales. Sin embargo, posteriormente cae en descrédito debido a la ausencia de diagnósticos precisos, su uso indiscriminado, complicaciones médicas y la introducción de la psicofarmacología a mediados del Siglo XX. No obstante, debido a su efectividad, nunca ha sido retirada del arsenal terapéutico. Actualmente es reconocida como una alternativa válida y segura en el tratamiento de muchas patologías neuropsiquiátricas. La terapia electroconvulsiva de mantención ha sido utilizada por mucho tiempo en tratamiento de cuadros refractarios, incluyendo esquizofrenia. Sin embargo, debido a la escasa evidencia disponible actualmente, no existen guías clínicas que propongan indicaciones o esquemas terapéuticos para el tratamiento de mantención en esta enfermedad. Esta revisión aborda una síntesis de la evidencia actualmente disponible, concerniente a intentar esclarecer el uso de esta alternativa terapéutica en la práctica clínica.

Palabras clave: esquizofrenia, terapia electroconvulsiva; trastornos refractarios.

SUMMARY

Electroconvulsive therapy began to be used in clinical psychiatry in the 1930s with a high level of effectivity in different mental disorders. However, it later fell in disrepute due to the absence of accurate diagnoses, indiscriminate use, associated medical complications, and the introduction of psychopharmacology in the mid-twentieth century. Nevertheless, due to its effectiveness, it has never been withdrawn from the therapeutic arsenal. It's actually recognized as a valid and safe alternative for the treatment of many neuropsychiatric disorders. Maintenance Electroconvulsive therapy has

¹ Clínica Psiquiátrica Universitaria, Hospital Clínico Universidad de Chile.

long been used for in treatment of refractory conditions, including schizophrenia, however, due to the limited evidence available there are currently no clinical guidelines that propose indications or therapeutic regimen for the maintenance treatment in this disorder. This review addresses a synthesis of the currently available evidence, regarding an initiative that attempts to clarify the use of this therapeutical alternative in clinical practice.

Key Words: schizophrenia; electroconvulsive therapy; refractory disorders; maintenance treatment

INTRODUCCIÓN

La terapia electroconvulsiva (TEC) comienza a utilizarse en psiquiatría clínica en la década de 1930, con los trabajos de Ugo Cerletti y Lucio Bini, reemplazando el antiguo método de provocar convulsiones con drogas como la insulina y el pentilenotetrazol (1). Sin embargo, debido a una serie de factores, tales como la ausencia de diagnósticos precisos, las complicaciones médicas asociadas y el uso indiscriminado del TEC, esta terapia va cayendo en descrédito progresivo, hasta que finalmente, con el descubrimiento de la clorpromazina por Delay y Deniker, es reemplazada como terapia de primera línea en esquizofrenia y otros cuadros psiquiátricos. Es solo hace pocas décadas cuando comienza a incrementarse el número de publicaciones y aparecen revistas especializadas en TEC, terapia que por su efectividad nunca ha sido eliminada del arsenal terapéutico psiquiátrico. Los nuevos avances en cuanto a su fisiología, prevención de sus complicaciones y efectos adversos, y su técnica de aplicación han impulsado la práctica de la TEC, mientras se delimitan mejor sus indicaciones. Actualmente, la TEC es reconocida como una alternativa válida y segura en el tratamiento de muchas patologías neuropsiquiátricas (2).

La terapia electroconvulsiva de mantención (TECm) es un procedimiento ambulatorio para pacientes que han mostrado una mejoría satisfactoria con un curso convencional de TEC y que tienen antecedentes de fracaso o mala tolerancia a tratamiento psicofarmacológico de mantención. Su objetivo es mantener al paciente en remisión mediante sesiones adicionales de TEC con una frecuencia suficiente para prevenir recaídas o recurrencias, sin provocar pérdida de memoria significativa (3). Su uso está principalmente indicado en trastornos del ánimo y esquizoafectivos (4). Sin embargo, y pese a la falta de evidencia, en la literatura se menciona

que formas particulares de esquizofrenia, principalmente catatónica y con síntomas positivos persistentes, pueden beneficiarse de esta terapia (5 y 6). Pese a que no existe una definición temporal clara, las referencias bibliográficas dividen la TECm en TEC de continuación y TEC de mantención propiamente tal, definiendo criterios de selección y esquema terapéutico solo para TEC de continuación (tablas 1 y 2) (4).

A la fecha no se han realizado grandes estudios prospectivos que evalúen efectividad y seguridad de TECm, así como tampoco existen guías clínicas de consenso de expertos sobre el uso de esta terapia en esquizofrenia. Por lo anterior, hemos decidido realizar una revisión de la evidencia disponible en la literatura científica, con énfasis en los aspectos prácticos relevantes para el ejercicio de la psiquiatría clínica.

TABLA 1: CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES PARA TEC DE CONTINUACIÓN.

Respuesta satisfactoria a TEC índice en una enfermedad psiquiátrica crónica recurrente.
Comorbilidades médicas limitadas (Riesgo anestésico o propios de TEC).
Fracaso/Intolerancia a farmacoterapia, o preferencia del paciente.
Capacidad para cumplir adecuadamente indicaciones de esquema de TEC ambulatorio.

TABLA 2: ESQUEMA TERAPÉUTICO TEC DE CONTINUACIÓN.

Iniciar con sesiones semanales, por 4 semanas.
Continuar con sesiones mensuales por "los próximos meses".
Flexibilidad en frecuencia de sesiones, determinada por respuesta terapéutica.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda sistemática en la literatura científica en bases de datos biomédicas. Se consideran los estudios clínicos que evalúan la eficacia de TECm en esquizofrenia. Se encuentran un total de 11 estudios clínicos, uno de ellos randomizado y simple-ciego. Se descarta un estudio por realizarse en pacientes con comorbilidad (retardo mental). La información compete de uno de los estudios no se encuentra en la base de datos, por lo que tampoco fue considerado.

RESULTADOS

Entre las publicaciones realizadas, destacan los estudios de Champattana y cols. Este grupo realizó un estudio controlado randomizado simple-ciego con 58 pacientes diagnosticados con esquizofrenia refractaria a tratamiento antipsicótico que respondieron a TEC y flupentixol. En la segunda fase de su estudio, 51 pacientes respondedores fueron randomizados a 3 grupos (TECm Bilateral + flupentixol, monoterapia con TECm Bilateral, y flupentixol) y seguidos durante 6 meses. Encontraron que el 40% de los pacientes en el grupo de combinación TECm Bilateral + flupentixol recayeron durante el curso del estudio, comparados con el 93% de los pacientes en los grupos de monoterapia. Ocho pacientes respondedores a TECm mantuvieron beneficios terapéuticos por un período de seguimiento de 3 a 17 meses posterior a la realización del estudio (7). En un estudio piloto, establecen un esquema para la administración de TECm, consistente en sesiones semanales por 1 mes, seguidas de sesiones quincenales por 2 meses, para terminar en sesiones mensuales por un total de 1 año de seguimiento, sin hallar efectos adversos significativos, principalmente efectos cognitivos (objetivados con MMSE), pese a que solo 3 pacientes logran terminar el protocolo del estudio (8). En estudios subsiguientes con la misma cohorte de pacientes, los investigadores sugieren que la

TECm es una alternativa terapéutica efectiva en esquizofrenia refractaria (resultados objetivados con Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) y Global Assessment of Functioning (GAF)), siendo menos eficaz en tratamiento de síntomas negativos; que la frecuencia de las sesiones es relativa, dependiendo de la severidad del cuadro clínico; y que la TECm mejora considerablemente la calidad de vida de estos pacientes, sin presentar efectos adversos significativos (9-11).

En un estudio francés observacional retrospectivo, Levy-Rueff y cols revisan 19 casos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo según criterios DSM-IV-TR, con diagnóstico de refractariedad mediante los criterios de Kane (12) y tratados en el departamento de psiquiatría del Hospital Sainte Anne de París entre 1991-2005. Se realizaron un promedio de 47 sesiones de TECm bilateral bajo anestesia general en intervalos de 1-8 semanas por un período promedio de 43 meses. En todos los casos se utilizó además tratamiento psicofarmacológico (antipsicóticos en 100%, estabilizadores del ánimo en 30% y antidepresivos en 10% de los casos). Concluyen que la TECm parece ser eficiente en tratamiento de síntomas anímicos, delirios, anorexia, suicidalidad y ansiedad, además de parecer mejorar la cooperación y la adherencia al tratamiento. Al igual que en los estudios del grupo de Champattana, los síntomas residuales fueron esencialmente negativos (apatía, anhedonia y aislamiento social). En promedio, la TECm asociada a psicofármacos disminuye el número de hospitalizaciones anuales en un 80%, reduciendo además la duración de hospitalización en un 40% del tiempo. Se observó que 14 de 19 pacientes presentaron recaídas durante el tratamiento, sin identificarse factores predictivos de recaída. En estos pacientes se "reforzó" la TECm con aumento de la frecuencia de sesiones (2-3 sesiones/semana por 1 semana o 6-7 sesiones/2 semanas). Los investigadores vieron una moderada eficacia de la TECm en tratamiento de esquizofrenia refractaria (disminución de duración

de hospitalizaciones, intensidad sintomática y mejoría de la calidad de vida) (13).

En un estudio observacional que evalúa la eficacia de TEC en 11 pacientes esquizofrénicos no respondedores a clozapina, Kho y cols sometieron a TECm a 3 de los pacientes que presentaron recaídas con tratamiento combinado (TEC + clozapina). Todos los pacientes se mantienen sin recaídas con TECm semanal adyuvante por un período de 6 a 12 semanas, con buena respuesta y sin presentar recaídas durante el período del estudio. Los investigadores concluyen que el tiempo de seguimiento es demasiado corto para permitir conclusiones sobre el efecto beneficioso de TECm adyuvante (14).

Finalmente, se encuentra un estudio observacional realizado por Srinivasan y cols, autores muy cercanos a la TECm. Describen el uso frecuente de TECm en contextos socioeconómicos desfavorables (India) versus occidente. Realizan un análisis retrospectivo de 2 años, de 6 casos con diagnósticos heterogéneos (depresión mayor, trastorno bipolar y esquizofrenia paranoide). Se realiza TECm por un período de 6 meses a 2 años (período arbitrario), con seguimiento variable de 8 meses a 2 años. La frecuencia de sesiones es variable (en 5 casos cada 15 días, y un caso mensual). Los pacientes reciben psicofarmacoterapia en bajas dosis ($\geq 50\%$ menores versus tratamiento de mantención estándar). Concluyen que luego del tratamiento disminuyen la cantidad y dosis de psicofármacos usados. La eficacia clínica y efectos colaterales fueron medidos con evaluación clínica estándar (incluyendo MMSE y Neuro Behavioral Rating Scale). Los autores no encuentran disfunción cognitiva significativa en su muestra. Además, hacen énfasis en aspectos económicos de TECm versus Farmacoterapia (ahorro 50-60% del dinero mensual destinado a tratamiento psiquiátrico), otorgándole mucha importancia en el contexto asistencial donde se realiza el estudio. Por último, argumentan que el uso de la TECm no debiera limitarse a trastornos

psiquiátricos crónicos recurrentes refractarios a psicofármacos, sino que la proponen como tratamiento estándar de trastornos psiquiátricos recurrentes, principalmente como profilaxis de trastorno bipolar, arguyendo el mínimo riesgo de efectos adversos (15).

CONCLUSIONES

Salvo por un estudio controlado randomizado, pero no doble ciego, la mayoría de los estudios revisados se caracterizan por ser observacionales y tener una pequeña muestra de pacientes. La evidencia existente sugiere que la TEC es una opción efectiva y segura para el tratamiento de variadas condiciones neuropsiquiátricas, y que realizada por operadores con experiencia y en condiciones idóneas tiene riesgo relativamente bajo de complicaciones.

La TECm se ha utilizado desde hace décadas en el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas recurrentes, sin embargo, no existe evidencia suficiente que permita confeccionar guías clínicas de su utilización. La gran mayoría de los estudios consultados reconocen que no se tiene suficiente evidencia para realizar recomendaciones sobre su uso en esquizofrenia.

La TECm debe considerarse en pacientes seleccionados con enfermedades psiquiátricas recurrentes graves, marcadas alteraciones funcionales, resistentes o intolerantes a tratamiento farmacológico y siempre en forma adyuvante a terapia farmacológica.

La evidencia disponible parece sugerir que la TECm es moderadamente efectiva en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos que cumplen estas características. Pese a los resultados alentadores de algunos grupos, existe evidencia de peso respecto a los efectos adversos de la TEC, principalmente acerca de uso crónico en formato bilateral, por lo que previa indicación de TECm, debe evaluarse cuidadosamen-

te el riesgo-beneficio en cada caso individual (16).

Los resultados de la mayoría de los estudios revisados deben considerarse cuidadosamente por las múltiples fuentes de sesgo presentes en los estudios retrospectivos.

Es necesario realizar estudios controlados randomizados de mejor calidad para la evaluación de la efectividad de la TECm en este grupo complicado de pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al equipo de la Unidad de Hospitalizados de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile por plantear la inquietud necesaria para realizar esta revisión, así como por sugerir compartirla con el resto de la comunidad académica y asistencial.

REFERENCIAS

1. Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy. M. Mankad, MD, J. Beyer MD, R. Weiner MD PhD. American Psychiatric Publishing, 2010. Cap 1: History of Electroconvulsive Therapy. Pages: 3-7.
2. Tratado de Psiquiatría. J. Vallejo, C. Leal. Editorial Marban, 2012. Cap 139: Terapia electroconvulsiva. Páginas: 1961-1973.
3. Electroconvulsive Therapy. 3rd Edition. R. Abrams M.D. 1997, pages 190-191.
4. Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy. M. Mankad, MD, J. Beyer MD, R. Weiner MD PhD. American Psychiatric Publishing, 2010. Cap 13: Maintenance Electroconvulsive Therapy. Pages: 163-167.
5. Shimizu E, Imai M, Fujisaki M, et al. Maintenance electroconvulsive therapy (ECT) for treatment-resistant disorganized schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol. Biol Psychiatry* 31: 571-573, 2007.
6. Suzuki K, Awata S, Takano T, et al. Adjusting the frequency of continuation and maintenance electroconvulsive therapy to prevent relapse of catatonic schizophrenia in middle-aged and elderly patients who are relapse-prone. *Psychiatry Clin Neurosci* 60: 486-492, 2006.
7. Chanpattana W, Chakrabhand ML, Sackeim HA, Kitaroonchai W, Kongsakon R, Techakasem P, Buppanharun W, Tuntirungsee Y, Kirdcharoen N. Continuation ECT in treatment-resistant schizophrenia: a controlled study. *J ECT*. 1999 Sep; 15(3): 178-92.
8. Champattana W. Maintenance ECT in schizophrenia: a pilot study. *J Med Assoc Thai*. 1998 Jan; 81(1): 17-24.
9. Champattana W. Maintenance ECT in treatment-resistant schizophrenia. *J Med Assoc Thai*. 2000 Jun; 83(6): 657-62.
10. Chanpattana W1, Chakrabhand ML. Factors influencing treatment frequency of continuation ECT in schizophrenia. *J ECT*. 2001 Sep; 17(3): 190-4.
11. Chanpattana W1, Kramer BA. Acute and maintenance ECT with flupenthixol in refractory schizophrenia: sustained improvements in psychopathology, quality of life, and social outcomes. *Schizophr Res*. 2003 Sep 1; 63(1-2): 189-93.
12. Kane, J.M.; Honigfeld, G.; Singer, J.; Meltzer, H.Y.; and the Clozaril Collaborative Study Group. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. *Archives of General Psychiatry*, 45(9): 789-796, 1988.

13. M. Lévy-Rueff et al. Maintenance electroconvulsive therapy: An alternative treatment for refractory schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research* 175 (2010), 280-283.
14. K.H. Kho et al. Electroconvulsive Therapy for the treatment of Clozapine nonresponders suffering from schizophrenia. An open label study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2004) 254: 372-379.
15. T.N. Srinivasan et al. Issues in the use of Maintenance Electroconvulsive Therapy. *Indian J. Psychiat*, 1995, 37(3), 139-142.
16. Ingram A1, Saling MM, Schweitzer I. Cognitive side effects of brief pulse electroconvulsive therapy: a review. *J ECT*. 2008 Mar; 24(1): 3-9. doi: 10.1097/YCT.0b013e31815ef24a.

Correspondencia a: Álvaro Provoste L.
alvaroprovostel@gmail.com

Rev. Psiqu. Clín. 2013; 51(1-2): 7-13

Hipótesis glutamatérgica de la esquizofrenia

Glutamatergic hypothesis of schizophrenia

Eduardo Krüger S.¹

RESUMEN

La esquizofrenia corresponde a un trastorno mental de gravedad considerable, incapacitante, siendo factor de riesgo para desarrollar la enfermedad el antecedente de familiares de primer grado con la enfermedad. Antiguamente estos pacientes presentaban un pronóstico ominoso, pero con la aparición de los neurolepticos, la manera de enfrentar la enfermedad cambió drásticamente, mejorando el manejo en forma considerable.

Esta revolución dio paso a la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia, debido al mecanismo de acción de estos fármacos que actúan bloqueando el receptor D2 con notable efecto antipsicótico, pero que no terminaba por explicar todos los mecanismos patogénicos subyacentes, ni todas las manifestaciones clínicas.

Recientemente se ha propuesto una formulación alternativa en base al efecto de fármacos psicomiméticos conocidos como anestésicos disociativos, que actúan bloqueando el receptor de NMDA glutamatérgico a nivel central, lo cual sugiere un modelo alternativo para entender la patogénesis de la esquizofrenia.

El sistema glutamatérgico se encuentra ampliamente distribuido a través del cerebro, tanto a nivel cortical y subcortical, dando cuenta de más del 60% de las sinapsis cerebrales, y mostrando interacciones importantes con los sistemas GABAérgico, colinérgico y dopaminérgico. Es importante destacar que se ha comprobado que la administración a pacientes esquizofrénicos de co-agonistas de receptores de NMDA, hacen mejorar muchos de los rasgos característicos de la enfermedad, y se han descubierto varios genes de susceptibilidad relacionados con las vías glutamatérgicas.

En esta dirección se ha visto que existen dos tipos de fármacos o compuestos capaces de inducir síntomas psicóticos, los agonistas dopaminérgicos y los antagonistas de NMDA, produciendo estos últimos además cambios neurodegenerativos y del neurodesarrollo.

Los modelos basados en la hipótesis glutamatérgica proveen un marco conceptual para entender el patrón de disfunciones neuropsicológicas asociadas con la esquizofrenia, ya que los receptores NMDA participan en un grupo de procesos cognitivos que son deficitarios en pacientes que sufren la enfermedad, entre los cuales podemos mencionar el funcionamiento ejecutivo, atención/vigilancia, fluencia verbal y memoria de trabajo verbal.

¹ Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Respecto a los posibles tratamientos, se han hecho muchos esfuerzos en el estudio de sustancias y desarrollo de fármacos que actúan a nivel del sitio modulador de glicina en el complejo del receptor NMDA. En otros estudios se han empleado principalmente dos aminoácidos, glicina y D-serina, los cuales corresponden a moduladores endógenos de receptores NMDA, siendo lo más prometedor el uso de dosis elevadas de D-serina, que parecieran ser efectivas en mejorar los déficits neurocognitivos.

Palabras clave: esquizofrenia; dopamina; glutamato; receptor NMDA; disfunciones neuropsicológicas.

SUMMARY

Schizophrenia is a severe and disabling mental disorder and history of first degree relatives with the disease is a risk factor for developing this disorder. Formerly these patients had a poor prognosis, but with the discovery of neuroleptics, the way to treat the disease changed drastically improving considerably.

This revolution led to the dopamine hypothesis of schizophrenia, due to the mechanism of action of these drugs blocking the D2 receptor which is associated with significant antipsychotic effect, however, that did not quite explain all the underlying pathogenic mechanisms, and the clinical manifestations.

Recently an alternative formulation has been proposed according to the effect of a dissociative anesthetic as psychotomimetic drugs, which act by blocking the glutamate receptor of NMDA centrally, suggesting an alternative model for understanding the pathogenesis of schizophrenia.

The glutamatergic system is widely distributed throughout the brain, both at cortical and subcortical levels, accounting for over 60% of brain synapses, and showing significant interactions with GABAergic, cholinergic and dopaminergic systems. Importantly, it has been found that the administration of co-NMDA receptor agonists, to schizophrenia patients do improve many of the characteristics of the disease, susceptibility genes have been found to be related to glutamatergic pathways.

In this direction, there are two types of drugs or compounds that are able to induce psychotic symptoms: dopamine agonists and NMDA antagonists, the latter producing also neurodegenerative and neurodevelopmental changes.

Models based on the glutamatergic hypothesis provide a conceptual framework for understanding the pattern of neuropsychological dysfunction associated with schizophrenia, since NMDA receptors are involved in a group of cognitive processes that are deficient in patients suffering from the disease, such as executive functioning, attention / vigilance, verbal fluency, and verbal working memory.

Regarding the possible treatments, many efforts have been made in the study of substances and development of drugs that act at the glycine modulatory site on the NMDA receptor complex. Other studies have mainly used two amino acids, glycine and D-serine, which correspond to endogenous NMDA receptor modulators, being the most promising, the use of high doses of D-serine that appear to be effective in improving neurocognitive deficits.

Key words: Schizophrenia; dopamine; glutamate; NMDA receptor; neuropsychological dysfunctions.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia corresponde a un trastorno mental de gravedad considerable, incapacitante, cuya incidencia se calcula en aproximadamente 15 x 100.000 habitantes, alcanzando una prevalencia de alrededor de un 1%, siendo el riesgo de desarrollarla a lo largo de la vida de un 0,7% (1). Son factores de riesgo para presentar la enfermedad: la vida urbana, el género masculino, la migración y antecedentes de familiares de primer grado con la enfermedad (6).

Recordando el siglo pasado, y haciendo un poco de historia, es fácil darse cuenta de que muchos de estos pacientes estaban condenados a pasar el resto de sus vidas internados en hospitales psiquiátricos con un pronóstico verdaderamente ominoso, lo que terminaba por alterar gravemente el curso biográfico y la calidad de vida de los afectados (2). Un paso importantísimo lo representó la aparición de los neurolépticos alrededor de 1950, siendo el primero en sintetizarse la clorpromazina, lo cual produjo un cambio drástico en la manera de enfrentar la enfermedad, mejorando notablemente el manejo y pronóstico de estos pacientes (7).

Esta revolución dio paso a la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia, ya que aquellos fármacos ejercen su efecto bloqueando el receptor D2 en las vías dopaminérgicas (mesolímbica, mesocortical, nigroestriatal y tuberoinfundibular), teniendo notable efecto antipsicótico, lo cual era evidencia indirecta de que la dopamina estaba implicada en la fisiopatología de la enfermedad (10). Entrando en detalle, se planteó que existiría una actividad dopaminérgica aumentada subcortical (vía mesolímbica), pero que no terminaba por explicar todos los mecanismos patogénicos subyacentes (5). Posteriormente, esto se completó identificando que concomitantemente existiría también una hipodopaminergia a nivel prefrontal.

A pesar de los esfuerzos, estas evidencias aún no eran capaces de explicar todos los síntomas de la enfermedad, limitando la consideración de este trastorno desde un punto de vista fisiopatológico y terapéutico (8).

En años recientes se ha propuesto una formulación alternativa en base al efecto de fármacos psicomiméticos conocidos como anestésicos dissociativos, entre los que se cuentan la fenciclidina y la ketamina, que actúan bloqueando el receptor de NMDA glutamatérgico a nivel central, lo que sugiere un modelo alternativo para entender la patogénesis de la esquizofrenia (4).

SISTEMA GLUTAMATÉRGICO

Para lograr entender esta nueva hipótesis como modelo explicativo de la enfermedad, debemos primero hacer una pequeña descripción del sistema glutamatérgico a nivel central. Éste se encuentra ampliamente distribuido a través del cerebro, tanto a nivel cortical como subcortical, lo cual lo diferencia del sistema dopaminérgico que se encuentra restringido a algunas áreas en particular (1).

Otra de sus características es que da cuenta de más del 60% de las sinapsis cerebrales, jugando un papel importante en el procesamiento sensorial y en las etapas siguientes de análisis cortical (3). Además muestra interacciones importantes con los sistemas GABAérgico, colinérgico y dopaminérgico. Cabe destacar también que los receptores de NMDA no limitan su expresión solamente a nivel neuronal, sino que también se encuentran en los oligodendrocitos, los cuales dan origen a la mielina a nivel central (9).

Para completar de describir parte de los elementos constitutivos de este sistema, es revelante mencionar que los tipos de receptores que responden a glutamato son de dos tipos: Ionotrópicos y Metabotrópicos (8).

Se conoce que las acciones ionotrópicas desencadenan fenómenos eléctricos de instauración y activación rápida, mientras que las acciones metabotrópicas son prolongadas y se pueden traducir en adaptaciones moleculares y cambios en la expresión génica, lo cual se considera importante en los mecanismos que subyacen a la plasticidad y a la memoria (7).

Un punto clave es que se ha visto que estimulantes del sistema nervioso central como las anfetaminas y la cocaína, así como también alucinógenos de la familia del ácido lisérgico son bien conocidos por inducir estados de psicosis en humanos, principalmente síntomas positivos (11). Revisando evidencia clínica que apoye la hipótesis en esta dirección, se ha comprobado que la administración a pacientes esquizofrénicos de co-agonistas de receptores de NMDA, hacen mejorar (aunque de forma modesta), muchos de los rasgos característicos de la enfermedad (12).

Otro punto que refuerza esta hipótesis es el descubrimiento de varios genes de susceptibilidad relacionados con las vías glutamatérgicas (G72, NRG1, GRIA 4, GRM3, GRM8, GRIN2D y GRI-N2A) (3). Ambas vías, glutamatérgica y dopaminérgica, no son mutuamente excluyentes ya que, por ejemplo, la liberación de glutamato está regulada por receptores presinápticos de dopamina D2 en las vías corticolímbicas y corticoestriales (4).

MODELO GLUTAMATÉRGICO DE LA ESQUIZOFRENIA

Teniendo en cuenta ya lo anteriormente expuesto y los conceptos revisados con anterioridad, donde se ha visto que existen dos tipos de fármacos o compuestos capaces de inducir síntomas psicóticos, agonistas dopaminérgicos y los antagonistas de NMDA, se ha visto en estudios con neuroimágenes cerebrales, que luego de administrar ketamina en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia durante su primer episodio psicóti-

co, y también en sujetos normales, los hallazgos son similares (11). Otro de los efectos producidos por los antagonistas de NMDA son cambios neurodegenerativos y del neurodesarrollo (10).

Estos últimos efectos descritos se observan en poblaciones específicas de neuronas corticales piramidales, especialmente en regiones frontales, cíngulo posterior y retrosplenial, aunque pudiese extenderse a regiones más amplias (parietal, temporal, corteza entorrinal, hipocampo y amígdala) (9). La neurotoxicidad puede observarse con una dosis única, pero también con la administración prolongada de dosis bajas (7).

El bloqueo de NMDA puede inducir hiperglutamatergia de rebote, presumiblemente por reducción del impulso excitatorio en el sistema de feedback GABAérgico local. En base a este modelo, los tratamientos basados en glutamato no tienen como objetivo principal aumentar o disminuir la función de NMDA per se, sino restaurar el balance entre excitación e inhibición dentro de esas regiones corticales (12).

Los modelos basados en la hipótesis glutamatérgica, proveen un marco conceptual para entender el patrón de disfunciones neuropsicológicas asociadas con la esquizofrenia (8). Como ya se dijo anteriormente, este sistema neurotransmisor se halla ampliamente distribuido a nivel cerebral, y los receptores NMDA solo participan en un grupo de procesos, por ejemplo, en la iniciación de la potenciación a largo plazo (9). Se ha visto que los pacientes que sufren de esquizofrenia muestran déficits en la formación de la memoria pero no en la retención, lo cual es consistente con el patrón de disfunción de NMDA (9). Profundizando en esto último, se ha descrito que la hipoactividad que presenta este receptor, explica en parte la distribución de la variedad de dominios que presentan una desconexión en la esquizofrenia, implicando alteración en los niveles de integración, tanto respecto a factores estructurales como funcionales en el cerebro

(1). Además se han encontrado alteraciones en el nivel de conectividad que presenta la materia blanca, tanto en pacientes esquizofrénicos post-mortem, como en pacientes in vivo afectados por la enfermedad (6).

Otra consecuencia de la disfunción de NMDA es que se ha comprobado que afecta a interneuronas GABAérgicas en el tálamo, el hipocampo y la corteza prefrontal, lo cual finalmente se traduciría en un aumento de los tonos glutamatérgicos, colinérgicos y dopaminérgicos en la corteza cerebral y otras localizaciones (10).

Respecto a los déficits neurocognitivos que se observan en este trastorno, podemos mencionar el funcionamiento ejecutivo, atención/vigilancia, fluencia verbal y memoria de trabajo verbal (4). También la ketamina reproduce trastornos del pensamiento tales como pobreza del discurso, circunstancialidad y pérdida de objetivos (1). En contraste, los agonistas dopaminérgicos como la anfetamina no reproducen el patrón de déficits observados en la esquizofrenia y de hecho no alteran más la cognición, sino que incluso tienden a mejorarla (3). Esto sugiere que en la fisiopatología del trastorno cognitivo de la esquizofrenia estarían implicados receptores NMDA, en vez de DA, como era anteriormente en la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia (9).

La disfunción de NMDA, en tanto, puede dar cuenta de la alteración en la regulación dopaminérgica y en la neurotransmisión GABAérgica que se encuentran en la esquizofrenia (3). Un sitio clave son las interneuronas GABAérgicas inhibitorias locales en regiones cerebrales clave, las cuales sirven como freno a la liberación de dopamina estimulada por glutamato. De este modo, la falla de este freno puede llevar a una desregulación en la liberación de dopamina del tipo observable en la esquizofrenia (11).

Los cambios encontrados en la transmisión GABAérgica pueden ser vinculados a los

déficits en la memoria de trabajo, y por lo tanto, pueden ser el blanco de intervenciones farmacológicas (5).

A su vez, en otras regiones y dominios cerebrales se ha visto que existe hiperconectividad, por ende, más que una sumatoria de áreas con actividad disminuida o aumentada, sería más correcto utilizar el término “conectividad aberrante” para describir las alteraciones de esta patología (1).

POSIBLES TRATAMIENTOS Y BLANCOS TERAPÉUTICOS

Principalmente se ha hecho énfasis y muchos esfuerzos en el estudio de sustancias y desarrollo de fármacos que actúan a nivel del sitio modulador de glicina en el complejo del receptor NMDA (1). Sin embargo, la utilidad de estos agentes es limitada debido a los efectos adversos que suelen manifestarse tanto a nivel celular como clínico. Uno de éstos se refiere a los mecanismos excitotóxicos desencadenados por vías de estimulación NMDA, que terminan afectando a interneuronas GABAérgicas localizadas a nivel cortical y en hipocampo (3).

En otros estudios se han empleado principalmente dos aminoácidos, glicina y D-serina, los cuales corresponden a moduladores endógenos de receptores NMDA, y se ha ensayado también con el medicamento antituberculoso D-cicloserina (2).

Lamentablemente, el empleo de glicina se ve limitado por las altas dosis requeridas para aumentar significativamente los niveles cerebrales de este aminoácido. En cambio, dosis elevadas de D-serina parecen ser efectivas en mejorar los déficits neurocognitivos (9).

Otras biomoléculas en investigación se dirigen a receptores mGluRs, los cuales podrían ser coadyuvantes a los agonistas directos del receptor de NMDA (3). Algunos ensayos en fase

pre-clínica y clínica ya han acumulado evidencia que apunta en esta dirección, siendo uno de los intentos más prometedores la administración del pro fármaco LY2140023, que ha sido probado en pacientes esquizofrénicos con resultados prometedores (2).

CONCLUSIÓN

Se han revisado aquí aspectos a nivel molecular y neuroquímico que subyacen a esta enfermedad tan compleja, misteriosa y sorprendente, que motiva desde hace muchísimos años tanto a psiquiatras, investigadores, clínicos, psicólogos, etc. Sin embargo, solo representa un aspecto a tener en cuenta de muchísimos otros con los cuales se debe lidiar para hacer un enfrentamiento eficaz e integral de los pacientes afectados por ella.

Si bien antiguamente se hizo énfasis principalmente tanto en los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia como eje de la enfermedad, en los últimos años cada vez más han ido adquiriendo importancia los déficits cognitivos, que se relacionan directamente con la alteración de la actividad glutamatérgica a nivel central, y que podrían cambiar drásticamente el pronóstico funcional a largo plazo de estos pacientes, permitiéndoles rendir intelectual y académicamente a un nivel adecuado, y poder continuar de esta forma sus estudios y retomar sus actividades laborales, pudiendo explotar adecuadamente toda su capacidad y pudiendo desarrollarse sin el gran obstáculo que sigue representando la esquizofrenia hasta el día de hoy.

Quisiera terminar con la metáfora de los sabios y los elefantes ciegos, rescatada del libro "La Esquizofrenia, de Kraepelin al DSM-V", del Dr. Hernán Silva Ibarra (5), para no olvidar que para lograr comprender y entender esta enfermedad debemos tener una visión amplia, una mente abierta, y una capacidad de poder conjugar, unir e integrar elementos y puntos de vistas muy diversos acerca de ella.

REFERENCIAS

1. Gaebel W. Schizophrenia. Current science and clinical practice. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2011.
2. Gaspar P, Bustamante ML, Silva H, Aboitiz F. Molecular mechanisms underlying glutamatergic dysfunction in schizophrenia: therapeutic implications. *J Neurochem* 2009; 111: 891-900.
3. Kantrowitz JT, Javitt DC. Thinking glutamatergically: changing concepts of schizophrenia based upon changing neurochemical models. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2010; 4 (3): 189-200.
4. Melzer HY. Biological studies in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 77-111.
5. Silva H. La Esquizofrenia: De Kraepelin al DSM-V. Santiago: Mediterráneo, 2012. Capítulo 13: La esquizofrenia en el siglo XXI. Pg. 149-156.
6. Silva H, Carvajal C. Progresos en psiquiatría biológica. Santiago: Ed. Universidad Católica de Chile, 1990.
7. Pickar D. Neuroleptics, dopamine and schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1986; 9: 35-48.
8. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008; 102 (1-3): 1-18.
9. Benarroch E. E. Metabotropic glutamate receptors: synaptic modulators and therapeutic targets for neurologic disease. *Neurology* 2008; 70, 964-968.

10. Carlsson M. L., Carlsson A. and Nilsson M. Schizophrenia: from dopamine to glutamate and back. *Curr. Med. Chem.* 2004; 11, 267–277.
11. Gozzi A., Large C. H., Schwarz A., Bertani S., Crestan V. and Bifone A. Differential effects of antipsychotic and glutamatergic agents on the phMRI response to phencyclidine. *Neuropsychopharmacology* 2008; 33, 1690–1703.
12. Krystal J. H., Karper L. P., Seibyl J. P., Freeman G. K., Delaney R., Bremner J. D., Heninger G. R., Bowers M. B. Jr and Charney D. S. Subanesthetic effects of the noncompetitive NMDA antagonist, ketamine, in humans. Psychotomimetic, perceptual, cognitive, and neuroendocrine responses. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 51, 199–214.

Correspondencia a: Eduardo Krüger S.
edkruger@gmail.com

Rev. Psiq. Clín. 2013; 51(1-2): 15-21

La escisión de la mente

Severed minds

Mila Razmilic T.¹ y Jonathan Véliz U.²

RESUMEN

Difícil, si no imposible, es discutir en torno a la esquizofrenia sin referirnos a Bleuler o Kraepelin en el proceso. No podemos hablar de uno sin aludir al otro: Ambos son sine qua non. Este trabajo es un recorrido breve por la historia, un fragmento en la vida de estos dos pensadores, finalmente no es otra cosa que un eslabón para entender la “escisión de la mente”.

Palabras clave: demencia precoz; esquizofrenia; Bleuler; Kraepelin.

SUMMARY

It is difficult, for not to say impossible, to discuss schizophrenia without alluding to Bleuler or Kraepelin. You cannot speak of either, without mentioning the other: both are sine qua non. Through this essay a glimpse of history is hopefully portrayed, a fragment that will, if lucky, help understand the “severing” of the mind.

Key words: dementia praecox; schizophrenia; Bleuler; Kraepelin.

¹ Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

² Clínica Psiquiátrica, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Un jueves, como cualquier otro, dio inicio al año 1857. Ese año la corte suprema de Estados Unidos decretó que la población afroamericana no podía ser considerada como ciudadana y que los esclavos no podían acceder a la libertad. El educador francés Allan Kardec escribió “Le livre des esprits” (el libro de los espíritus), libro que sería parte de uno de los cinco escritos fundamentales sobre el espiritismo. Ocurrieron también: un terremoto en Nápoles, Italia; la aceptación del divorcio sin aprobación parlamentaria para todo el Reino Unido, y la gestación, al otro lado del charco, del sueño americano: Hollywood. Finalmente, ese mismo año nació Eugen Bleuler...

Paul Eugen Bleuler nació el 30 de abril de 1857, en Zollikon, un poblado pequeño cercano a Zúrich, Suiza. Estudió medicina en esta ciudad, para luego continuar sus estudios en París, Londres y Múnich. Finalmente regresó a Zúrich donde trabajó en el Burgholzli, un hospital universitario de la ciudad. Perteneció por algún tiempo al grupo freudiano “Amigos del Psicoanálisis”, sin embargo renunció en 1911 a la recién creada Asociación Psicoanalítica Internacional, diciendo, en relación a la frase de Freud “Quien no está con nosotros, está contra nosotros”, que “ese todo o nada era en su opinión necesario para las comunidades religiosas y útil para los partidos políticos, pero para la ciencia le parecía dañino”³.

Ese mismo año Bleuler publicó su estudio “*Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*”, el que causó conmoción en la psicopatología de la época, ya que hasta entonces respondía esencialmente a las ideas de Emil Kraepelin. No solo vino a cambiar la terminología existente al acuñar este nuevo término, sino que además era un convencido de que para definir la esquizofrenia, el estudio transversal de los síntomas era más importante que su curso y desenlace. La evolución y la sintomatología evidente quedan,

en su concepto, supeditadas por ciertos trastornos “fundamentales”. Por otro lado, el espectro nosográfico de la esquizofrenia es aun mayor que el de la demencia precoz, y finalmente la visión de Bleuler sobre la enfermedad permite una aproximación menos fatalista de las consecuencias de la patología.

Para comprender el fenómeno que suscitó Bleuler, antes debemos referirnos a Kraepelin y a su denominada *dementia praecox*. Para Kraepelin, la evolución del cuadro clínico era sin lugar a dudas el criterio esencial para lograr una demarcación de las “auténticas enfermedades mentales”; así es como en 1896, en la quinta edición de *Psiquiatría, un tratado para estudiantes y médicos*, agrupa dentro de los “procesos psíquicos degenerativos” a la catatonía, la hebefrenia y la demencia paranoide. Será en la siguiente edición en que finalmente aúne todas estas patologías bajo el término de demencia precoz, sumando a los anteriores las *phantastische formen* o formas alucinatorias de la paranoia. Desde un punto de vista nosológico, Kraepelin concibe que es una *demenciación* rápida el estado terminal de la enfermedad, siendo a partir de esto sobre lo que se organiza la patología. Los síntomas deficitarios como debilitamiento afectivo, indiferencia, ausencia de iniciativa voluntaria, apatía y desorganización del pensamiento y de la psicomotricidad son los elementos que constituyen el núcleo de este síndrome. Los síntomas accesorios, en cambio, configuran y delimitan las diferentes formas clínicas: alucinaciones, ideas delirantes, etc. “Los síntomas de la enfermedad poseen una gran variabilidad y su conexión interna solo es reconocible por su presentación en algún momento evolutivo.”⁴

Philippe Chaslin califica de “desafortunado” el término demencia precoz, “pues tal como se aprecia, la demencia no llega después de muchos años.”⁵

³ Liliana Elstein. *Bleuler: un pionero*. P. 61.

⁴ Hernán Silva Ibarra. *La Esquizofrenia*. Chile, Ed Mediterráneo, 2012, primera edición, p. 29.

⁵ Ph. Chaslin. *Elements de semiologie et cliniques mentales*, Paris, Asselin y Houzeau, 1922, p. 829.

Y según el cuándo esta demencia se produce, no parece tener un carácter profundo. Afirma que “el demente precoz es siempre menos demente de lo que parece.” Kraepelin, por su parte, señala dos elementos que consideró al elegirlo; por un lado constata que independiente de los variados síntomas iniciales, la evolución es hacia cuadros demenciales similares entre sí, y en segundo lugar que estas demencias lo hacen en etapas de la juventud.

Bleuler pretende develar los síntomas fundamentales, aun cuando los síntomas más floridos oscurezcan el trasfondo de la actividad mental. Para él, el *spaltung* o escisión de las funciones psíquicas vendría a sustituir las ideas kraepelianas de demencia y precocidad. Es la esquizofrenia, según él, un “grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico y a veces está marcado por ataques intermitentes y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa 'restitutio ad integrum'. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, de los sentimientos y de la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular.”⁶ Es este *spaltung* de las funciones psíquicas en complejos independientes lo que desintegra la personalidad del sujeto, y es por lo tanto la anormalidad fundamental común a este grupo de psicosis. Es bajo esta premisa que nace el nombre de la patología, esquizofrenia, que viene de las palabras griegas schizo (dividir) y phren (mente). Al igual que Kraepelin, Bleuler describió dos grupos de síntomas:

- Los fundamentales: Son patognomónicos y podríamos decir que se encuentran a lo largo de toda la enfermedad y durante cualquiera de sus períodos.

En primer lugar se refiere a los trastornos de asociación en que el paciente esquizofrénico se maneja con ideas que no tienen relación entre sí, o

que de existir es débil. En general los pacientes lo hacen por medio de mecanismos de condensación o desplazamiento que como consecuencia determinan que aparezcan, en el curso formal del pensamiento, bloqueos u obstrucciones, rasgo que para Bleuler es determinante en el diagnóstico de los esquizofrénicos. Se pierde el principio de finalidad, es decir no hay un concepto hacia el cual el pensamiento esté dirigido, por lo tanto éste tiende a perder su curso. Existe además tal pobreza de ideas, que el paciente posee como dinámica la reiteración de algún tema al que retorna una y otra vez.

En segundo lugar, hace alusión a trastornos de la afectividad, en que el paciente va modificando su conducta de manera progresiva haciéndose cada vez más retraído. No se habla de labilidad emocional, si no más bien de “apariciones caprichosas de emociones”. Es frecuente la paratimia en que los pacientes reaccionan de manera contradictoria frente a lo esperado, es decir, ante noticias tristes sorprenden con regocijo o se irritan con acontecimientos que a otro le resultarían indiferentes. Aparece aplanamiento afectivo, término que describe la desaparición de emociones, y que en cierta medida diferencia las psicosis aguda de las crónicas. Sin embargo, no debe confundirse lo anterior con la capacidad de expresar emociones, la cual se mantiene.

En tercer lugar aparece el concepto de ambivalencia, el que puede ser definido como la presencia de síntomas opuestos de manera simultánea. “Es una consecuencia de los trastornos de asociación y -según Bleuler- siempre se encuentra presente, incluso en los casos más leves.”⁷ Esta ambivalencia puede ser afectiva, de acción-intención y de inteligencia. Cada una está representada por ideas que se contraponen y se encuentran paralelas.

⁶ E. Bleuler. *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires, Paidós, 1960, p. 15.

⁷ Hernán Silva Ibarra. *Op. cit.* P. 38.

Finalmente, el cuarto y último síntoma fundamental de Bleuler es el autismo, en que existe un completo desarraigo de la realidad y el paciente vive su mundo interior. Comparado con el autoerotismo freudiano, sin considerar la dimensión sexual, la persona vive en un mundo interno subjetivo y percibe la realidad como algo extraño, distinto, ajeno.

- Los accesorios: No son exclusivos de la esquizofrenia y pueden estar presentes o no a lo largo de todos los períodos, sin que varíe el proceso patológico.

Para Bleuler, los síntomas primarios son directamente producidos por este proceso, mientras que los síntomas secundarios son una consecuencia de las condiciones psíquicas alteradas, es decir, de la escisión de las asociaciones.

Como se señaló anteriormente, el espectro nosográfico de las esquizofrenias de Bleuler es mayor que el de demencia precoz de Kraepelin, ya que además de incluir los tres tipos clásicos, de los que mantiene los nombres designados por Kraepelin, agrega el concepto de “esquizofrenia simple”, el que en general no se ve en el escenario de hospitalizados, pero del que cree es el más frecuente fuera de él.

- i. Paranoide: En su mayoría, de curso gradual. Aparece un sistema delirante con temática persecutoria de tipo místico, megalomaniaco o mesiánica, en que el enfermo se percibe a sí mismo como diferente. El paciente se torna autorreferente, ligando situaciones cotidianas a su persona. Poco a poco el mundo se torna en su enemigo y juez, dirigiéndose a él mediante mensajes ocultos en la radio o el periódico. Sin embargo, las ideas delirantes de referencia no siempre aparecen de manera paulatina, es así como a veces el paciente es invadido por certezas apodícticas, sin haber progresado a un estado de incompetencia en su quehacer diario. Cabe señalar que la curva de enfermedad no es ascendente, y que el

paciente paranoide fluctúa entre estados cercanos a la normalidad y otros que se alejan de él. Se podría decir que existe un “autismo con rico contenido”⁸, acompañado de una “perturbación afectiva sin déficit.”⁹

- ii. Hebefrenia: Se aprecia un empobrecimiento psíquico progresivo que afecta la esfera intelectual y afectiva. Esto significa que el deterioro y la “demencia” son lo nuclear en este grupo. A diferencia de Kraepelin, Bleuler sostiene que el carácter pueril y cándido no es exclusivo de este tipo, y que los síntomas juveniles, por los que recibe este nombre, serían quizás más frecuentes en la catatonia. Hebefrenia viene de las raíces griegas “joven o juventud” y phren de “mente”, y si bien Bleuler reconoce que la mayoría se corresponde en un rango etario entre 15 y 25 años, hay pacientes que no presentan síntomas hasta la quinta o sexta década, evidenciando lo irrelevante de la edad, a su criterio. De lo anterior se desprende que no hay síntomas específicos para este grupo, y que serían dos las maneras de presentación. En primer lugar, las formas no catatónicas de inicio agudo que posteriormente no se transformen en estados crónicos paranoides o catatónicos. Y en segundo lugar, todos aquellos casos crónicos con síntomas secundarios que no dominan la sintomatología. Podría constituirse así como una “categoría residual, donde caen todos los casos con importante deterioración, pero sin síntomas paranoides o catatónicos dominantes.”¹⁰
- iii. Catatonia: Grupo que se caracteriza por trastornos psicomotores, los cuales pueden iniciarse de manera aguda o tener un período

⁸ Paul Bercherie. *Les Foiblements de la Clinique Histoire et structure du savoir psychiatrique*. 1986. De la edición en castellano y de la traducción al castellano. Ediciones Manantial SRL Av. Mayo 1365, 6° piso. p. 135.

⁹ Paul Bercherie. *Op. cit.*

¹⁰ Hernán Silva Ibarra. *Op. cit.*, p. 41.

prodrómico. El cuadro clínico está dominado por una fluctuación entre estupor, inmovilidad, negativismo, movimientos estereotipados y crisis de excitación psicomotriz o hiperkinesia. Excepcionalmente se produce un curso crónico, en que la catatonia es lo más característico, y en muchos de estos casos los pacientes exhiben alteraciones del comportamiento aun cuando la enfermedad no se ha manifestado. En los estados catatónicos crónicos, los pacientes permanecen en un estupor o estado de agitación que parecen continuos, es decir, sin variaciones importantes. Finalmente cabe mencionar que un grupo de pacientes inicia con síntomas paranoides, a los que posteriormente se agregan, ya sea súbita o gradualmente, los síntomas catatónicos.

- iv. Simple: Como ya habíamos señalado, para Bleuler, esta forma de presentación abarca un gran número de personas que incluye a “nerviosos”, “psicópatas”, “alcohólicos”, “vagabundos”, “excéntricos”, etc. Lo considera el grupo más frecuente, y en su opinión, de aplicar un examen cuidadoso, estas personalidades patológicas mostrarían una serie de “signos sutiles de debilitamiento asociativo”, sin manifestaciones accesorias de la enfermedad. Hace referencia a esta especie de “esquizofrenia latente” alegando que “se descubre a menudo en ella un síntoma catatónico o paranoide disimulado, y exacerbaciones en el curso de su vida demuestran que todas las formas de la enfermedad pueden pasar por una fase de latencia”.¹¹

Bleuler, como fue mencionado, tenía una visión de la enfermedad que permitía una aproximación menos trágica. Para él, “la esquizofrenia es una afección fisiógena, es decir, de base orgánica, pero posee no obstante tal superestructura psicógena”. Para el suizo, los síntomas fundamentales son aquellos que tienen un origen físico directo,

puesto que son dependientes de la gravedad del proceso fundamental y no de influencias psíquicas. Por otro lado, describe que las alucinaciones, negativismo, manierismos, etc., conciernen a factores y mecanismos psicopatológicos. Indica que, “la esquizofrenia tiene en común con las psicosis orgánicas, por una parte, la existencia de síntomas que derivan directamente de un proceso cerebral; y con las neurosis, por otra, la evolución de síntomas psicógenos sobre la base de una constitución particular.”¹² Es en base a esto que plantea que podemos intervenir terapéuticamente sobre lo psicogénico, ya que el proceso físico es por ahora inalcanzable desde la terapia.

En conclusión, Bleuler y sus esquizofrenias trazan una estructura psicopatológica, en que es el análisis del cuadro de estado y no su evolución lo que delimita las entidades nosológicas.

REFERENCIAS

1. Hernán Silva Ibarra, *La Esquizofrenia*. Santiago: Ed Mediterráneo, 2012.
2. Ph. Chaslin, *Elements de semiologie et cliniques mentales*. Paris: Asselin y Houzeau, 1922.
3. Paul Bercherie, *Les Foiblements de la Clinique Histoire et structure du savoir psychiatrique* 1986. De la edición en castellano y de la traducción al castellano. Ediciones Manantial, SRL, Av. Mayo 1365.
4. Liliana Elstein, *Bleuler: un pionero*.
5. E. Bleuler, *Demencia precoz, El grupo de las esquizofrenias*, Buenos Aires, Paidós, 1960.

Correspondencia a: Mila Razmilic T.
mila.rasmilic@gmail.com

¹¹ Paul Bercherie. *Op. cit.*

¹² Informe de Bleuler en congreso de médicos alienistas, y neurólogos de Francia y países de lengua francesa. París, 1926. Garrabé, 1922.

Desarrollo e historia en psicopatología: una aproximación desde el pensamiento de Ortega

Development and history in psychopathology: an approach from the thought of Ortega

Jonathan Véliz U.¹

RESUMEN

La relación de la historia como experiencia individual y el vínculo con la noción de desarrollo son elementos psicopatológicos cruciales cuando establecemos un diagnóstico. Nos aproximamos al concepto de desarrollo desde la tradición filosófica que sigue Ortega, haciendo énfasis en la vivencia y en particular en su dimensión temporal, proponiendo aspectos formales fundamentales.

Palabras clave: desarrollo; historia; psicopatología; vivencia; tiempo.

SUMMARY

The relation of history as an individual experience and the bond with the notion of development are crucial psychopathological elements when establishing a diagnosis. We approach the concept of development from the philosophical tradition that Ortega follows, emphasizing the experience and in particular its temporal dimension, proposing fundamental formal aspects.

Key words: development; history; psychopathology; experience; time.

¹ Clínica Psiquiátrica Universitaria. Hospital Clínico Universidad de Chile.

DESARROLLO EN UN INDIVIDUO. RELACIÓN CON LA HISTORIA

Cuando hablamos de desarrollo en un individuo, obligadamente nos referimos a su devenir en el mundo, a ese tránsito que se da en el tiempo y el espacio, que tiene que ver con la propia existencia de cada uno, en su circunstancia. Qué tanto tiene que ver la propia vida en esto y cuál sería el lugar de lo dado en relación a lo puesto en lo que se da, puede ser una difícil pregunta pero, como refiere Heidegger en *La pregunta por la técnica*, importa más el mismo proceso de hacerse preguntas que la obtención de respuestas, ya que el solo meditar en una pregunta genera un camino, un movimiento que desplaza, entregando riqueza por la misma experiencia de este desplazamiento, más que por un llegar a puerto.

Cuando hablamos de desarrollo también hablamos de alguien y a veces de algo, aunque esto puede ser discutible, qué ha sido, qué está siendo y qué, por lo menos en proyecto vital, seguirá siendo. Para comprender el desarrollo de un individuo, surge necesario mirar hacia el pasado. El pasado no es algo que quedó a nuestra espalda, sin tener efecto sobre nosotros. “La historia es ciencia sistemática de la realidad radical que es mi vida. Es, pues, ciencia del más riguroso y actual presente... El pasado no está allí, en su fecha, sino aquí, en mí. El pasado soy –se entiende, mi vida–”.² El pasado no es que no esté simplemente atrás, sino que está siendo en nosotros, nos sigue pasando a nosotros, que lo estamos en continuo repasando. Somos sucesores y herederos de nuestra historia como hombres. Somos un hombre más en esta cadena de generaciones que se han sucedido.

Somos tradicionalistas, actualistas, pero también futuristas. El hombre vive en proyecto de su existencia, dirigido hacia un porvenir. Pero, al igual

que como se vive el pasado, el futuro también se vive aquí, en el presente, ser de todo al mismo tiempo. Respetar el pasado implica ser tradicionalista, tomar en cuenta el presente implica ser actualista y tomar en cuenta el futuro implica ser futurista. Esto no es arbitrario sino con base en la realidad. El futuro se da en nosotros como proyecto de existencia, el pasado en creencias y usos sociales y el presente en el quehacer que nuestra vida consiste. Ser solamente futurista o solamente arcaísta es no considerar todas las dimensiones de la vida, es fijarse en una dimensión y ser ciego a las otras dos. Futurismo y arcaísmo fracasan porque no toman en cuenta la estructura misma de la realidad. Habría una supeditación de lo histórico a lo ontológico, ya que lo histórico se basa en la realidad. Este carácter ontológico se da en un tiempo, pero no en un tiempo constituido por instantes fraccionados que carecen de toda continuidad, delimitación que parece sacada de un laboratorio de físico-matemática o de un plano cartesiano, sino que se da en un tiempo vital, en un individuo que tiene una vivencia de continuidad de su vida. Resulta, en definitiva, el tiempo vivo el real, y no el de los calculistas que hablan sobre el sol, el universo o el *homo sapiens*, sino que es el tiempo que cada uno de nosotros experimenta, y que es además el soporte de todas las otras experiencias que nos acontecen.

Resulta fundamental, cuando nos referimos a la historicidad de la vida, que ésta se da en un quehacer. La vida es histórica en cuanto no nos es dada hecha, sino por hacer, quehacer que nunca está estrictamente determinado. La vida es quehacer. Éste no consiste en una substancia, sino en un acontecer.

Como el acontecer es vivir, y el vivir se da en un tiempo que consiste de pasado, presente y futuro, la idea de historicidad no solo se refiere a un pasado, sino a la temporalidad íntegra: pasado-presente-futuro. La vida humana es histórica porque cambia, y dicho cambio afecta sus

² Ortega y Gasset, J. Historia como sistema, Obras Completas, volumen VI, p. 44.

estructuras radicales. La existencia no se reduce a su pasado, sino que también la vida tiende a algo que no es todavía pero que es posible.

El hombre puede comportarse de una manera genuinamente histórica cuando regresa al pasado apropiándose, según señala Heidegger, en el sentido de una modalidad creadora. Por cierto, el hombre puede adoptar actitudes antihistóricas, en las que desprecia el pasado o procura anquilosarse en una porción de él.

Tomando en cuenta lo anterior tendríamos conductas históricas y conductas antihistóricas. Personas o sociedades que son al mismo tiempo tradicionalistas, actualistas y futuristas se asociarían a las conductas históricas. Por el contrario, si se deja una o más dimensiones temporales de lado se cometerían conductas antihistóricas. La mayoría de la gente no estudia filosofía ni historia, pero el pasado gravita en ella. ¿Qué pasaría con alguien que pierde contacto con el pasado?: Sería una pérdida grave, sería como un nuevo Adán. ¿Qué pasaría con el hombre que no olvidara nada? Eso sería abrumador... El hombre necesita recuerdos (historia, experiencia de vida, entre otros), pero también necesita olvidos.

La vida no es un simple proceso en el cual se adicionan contingencias. La vida está regida por fases en este proceso, en donde desde una interioridad surgen fenómenos que se regulan con el mundo, como las semillas, los frutos y las flores. Existe un desarrollo con patrones que permiten el desarrollo de una ciencia histórica, considerando ciencia como el esfuerzo que hacemos por comprender algo. Comprendemos históricamente cuando vemos el surgimiento de una situación de algo anterior, y en el caso que nos compete, desde una necesidad psicológica. La vida es un intercambio continuo entre organismo y entorno, como actividad de renovación al servicio de la conservación de la forma orgánica y de la forma de vida. Estas formas se conservan con el carácter de mismidad, esto es, de iden-

tidad consistente que persiste a lo largo de las actividades de renovación, dado lo cual, la vida tiene y es historia.

Podemos decir que la realidad está detrás y oculta por los hechos y los datos que tanto embriagan a los calculistas, que *"la realidad no es un regalo que los hechos hacen al hombre"*³, y que ellos son vistos por Ortega como un jeroglífico que hay que interpretar. Por lo tanto, conocer es interpretar el sentido de los hechos y datos, con lo cual se presenta una tarea hermenéutica imprescindible en el conocer.

Tener presente un hecho o un dato nudo, no significa nada si no hay una adecuada interpretación de ese dato o hecho. El hecho bruto o el dato nudo es un problema que se plantea a nuestra intelección. Con este tipo de afirmaciones, no es que Ortega esté proponiendo algo nuevo a los historiadores, sino que propone que ellos asuman con toda seriedad algo que ya están haciendo.

Al plantear la idea de que los hechos brutos y datos nudos, no representan por sí mismos el conocimiento de la realidad, menos aun en el ámbito científico, sino que más bien la enturbian, velan, cubren u ocultan, surge la necesidad de *desvelar, des-ocultar o des-cubrir*. A esta acción los griegos la denominaban con el verbo ἀληθεύω y a través de su sustantivo ἀλήθεια (*Aletheia*: desocultamiento), que quiere decir verdad, desocultamiento, quitar el velo que oculta y cubre algo. En este desocultamiento interviene, jugando un papel primordial, la imaginación. El desocultar implica un interpretar, y el interpretar implica un imaginar. Sin embargo, este interpretar, que implica un imaginar, no se da de la misma manera en la física que en la historia o filosofía. Cada disciplina tiene características diferentes, aun cuando en esto habría una cierta coincidencia.

³ Ortega y Gasset, J. En Torno a Galileo. Ed. Obras Completas, volumen VI, p. 15.

Las palabras historia, filosofía, fisiología, *ἀλήθεια* (*Aletheia*: desocultamiento) y *Apokálipsis* están vinculadas, apuntan a lo mismo pero con sutiles diferencias. Historia nos remite al vocablo jónico *historien*, que significó informar, averiguar tanto fenómenos humanos como de otro tipo. Lo que con la palabra *historien* llamaban los jónicos, fue llamado *ἀλήθεια* por los seguidores de Parménides, y luego se llamó *fisiología*, aludiendo al estudio de la *Physis*, antiguo nombre del ser. El *Apokálipsis* en la Biblia apunta a “revelación, descubrimiento, patentización, desnudamiento” y no a los hechos terribles que narra, muy similar a *ἀλήθεια*...

NOCIONES SOBRE DESARROLLO

Existen diversas aproximaciones al concepto de desarrollo. Es un concepto multidimensional, que integra fenómenos biológicos, psicológicos y culturales. Se refiere al proceso por el cual un organismo crece y cambia de manera ordenada a través del tiempo. El desarrollo puede entenderse como un proceso de diferenciación de órganos, sistemas y funciones. Implica diferenciación, especialización, crecimiento. Pero no todo crecimiento es desarrollo, ya que éste implica tanto un cambio cuantitativo como cualitativo. René Spitz define desarrollo como la emergencia de formas, funciones y conductas que son resultado de los intercambios entre el organismo, el medio interno y el medio externo.

Cuando nos referimos a la noción de desarrollo desde lo psíquico, obligadamente debemos pasar por la comprensión de Hegel, que toma Jaspers y Dilthey. Hegel describe el desarrollo de los sucesos humanos como resultado automático de la dialéctica abstracta de los conceptos. Para Dilthey, el desarrollo es la conexión en el curso de la vida determinada desde dentro, que condiciona la entrega incesante a los cambios. Ser y desarrollo hacen referencia a un mismo que unifica la vida. Ser hace referencia al nexo de lo cambiante. Desarrollo, al cambio mismo

en cuanto que nexo que se va haciendo. Según Jaspers, habría un desarrollo unitario de la personalidad, en base al curso biológico normal de las edades. Sobre el fundamento de este crecimiento de la personalidad, tienen lugar otros desarrollos de ella, dependientes del ambiente, del destino vital y de vivencias especiales, que modifican las personalidades humanas. Es decir, el desarrollo es un despliegue interno de ciertos caracteres de la personalidad originaria, que ésta poseía como posibles.

Mario Sepúlveda, en relación al desarrollo, refiere: “...es preferible concebirlo como una personificación progresiva que se logra por la conjunción de procesos y dinamismos mediante un movimiento constructivo dialéctico, que se actualiza en los actos de personalización, lográndose los sentidos y la significación; es evolutividad. Personificación es el encuentro. Estos dinamismos integradores, realizadores, relacionales y los diferentes procesos que armonizan los distintos aspectos del desarrollo, cursan de manera progresiva, superando y reconstruyendo las nuevas etapas que modifican las significaciones de la realidad y el sentido de la relación de acuerdo a lo estimativo, valorativo, y a la simbolización experimentada. Desde este punto de vista, las etapas pueden ser mejor definidas si se considera cómo la realidad puede ser vivida, sentida y concebida como existencia. Estos son los periodos creativos, renovadores y que permiten proyecciones para las etapas que sucederán.”⁴

Cuando hablamos de dialéctica no hacemos referencia a un concepto delimitado. Cualquier aproximación resulta incompleta, pero sí podríamos referirnos a nociones básicas que involucra y ha involucrado. Hace referencia a una pluralidad, a un varios desde donde se intenta construir una unidad, no haciendo siempre referencia a un

⁴ Mario Sepúlveda. Características evolutivas de la psicopatología infantil. En *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Capítulo 9. 2ª edición. H. Montenegro y H. Guajardo. Mediterráneo, 2000.

conflicto u oposición, pero sí a un movimiento, una dinamicidad. *Dialectiké tecné* hace referencia cómo a través del diálogo se puede llegar a la verdad.

En cuanto al construccionismo dialéctico, nos referimos a un proceso evolutivo que está en continuo movimiento. Más que centralizado en una oposición y síntesis, remarca un elemento nuevo que puede modificar completamente la constelación de sus elementos. Más que un conjunto con leyes rígidas, que imperan sobre el sistema, están configurados como una constelación, donde cada elemento en su relación con el otro, favorece la interacción de un modo, siendo posible una modificación de éstas si los elementos la constituyen y se modifican. Da paso a una nueva síntesis, en continuo movimiento. Así se construiría la historia de un individuo, personificándose progresivamente, otorgando a sus vivencias sentido y significación desde un lugar llamado realidad, desde un pasado en actualidad y hacia un futuro en actualidad, que es mi existencia.

Cuando hablamos de progreso en el desarrollo de la vida de un hombre, hablamos de acumular ser, tesaurizar realidad. No solo de un desarrollo acotadamente naturalístico, que entiende el desarrollo como un crecimiento o maduración de una disposición inicial. El individuo humano que comienza a desarrollarse, parte de otro que ya se desarrolló y llegó a su culminación; en suma, acumula a su humanidad un modo de ser hombre ya forjado, que no tiene él que inventar, sino que instalarse en él, partir de él para su individual desarrollo, y construir su vida. En cambio, el tigre de hoy no es ni más ni menos tigre que el de hace mil años, ya que estrena el ser tigre, es siempre un primer tigre. Pero el individuo humano no estrena la humanidad.

HISTORICIDAD Y HOMBRE

El hombre ha sido histórico, quizás no desde siempre, pero sí hace mucho. Sin embargo, no

siempre ha tenido un sentido histórico, o no lo suficientemente desarrollado. Se plantea que en un ámbito filosófico, o dicho de otra manera, en Occidente, la conciencia histórica es algo bastante nuevo, que comienza en el siglo XVIII, y por lo tanto, podríamos inferir algo muy poco desarrollado aún. De todos modos podríamos pensar que la vivencia de lo histórico se daba antes, pero de una manera embrionaria, poco desarrollada. Los autores que se dedicaron a la historia previamente, no tuvieron un alcance ontológico. Dado lo anterior, podemos vislumbrar que las teorías sobre lo histórico no están plenamente desarrolladas, sino que son inicios, pero bastante contundentes. No podríamos pensar que esta situación un tanto precaria se da solamente en la filosofía y que en la ciencia historiográfica están las cosas más asentadas. No hay tal. Por ejemplo, Cristián Gazmuri, quien realiza en una de sus obras una historia de la historiografía en Chile, muestra que ésta sufre una profunda crisis, lo cual refleja una crisis de la historiografía global, ya que las tendencias chilenas no hacen sino inspirarse en la historiografía de otros lugares.

La distinción entre naturaleza e historia es y ha sido muy utilizada en filosofía. Si nos referimos a la meditación que Ortega realiza acerca de lo histórico, podríamos decir que, en principio, él trata de mostrar la clásica distinción entre lo que es histórico no es natural y lo natural no es histórico. Hay una célebre frase de Ortega: "El hombre no tiene naturaleza, sino que tiene historia". Nos enfrentamos de nuevo con la distinción y tenemos que ver hasta qué punto podemos sostenerla y en qué minuto hay que ir hacia un ámbito que está más allá que esa diferencia.

Con la frase de Ortega podemos comprender la historia como lo cambiante, lo jamás inmóvil, frente a una naturaleza de leyes invariables. Sin embargo, Ortega indica que tras esta distinción hay un ámbito que involucra tanto naturaleza como historia, que podríamos decir que en el

caso de Heidegger corresponde al ámbito del Ser, y en el caso de Ortega, al ámbito de la vida humana, aunque él insiste que la vida humana. Podríamos decir que la vida humana involucra tanto lo histórico como lo natural. Eso convierte al hombre en un ser jamás “inmóvil” sino constantemente variable, que escapa a las “leyes de la naturaleza”. Hace notar que tal distinción es fundamental en el pensamiento filosófico.

Los cambios en la naturaleza se dan dentro de una “legalidad” que es posible descubrir y predecir, en cambio las transformaciones de la vida humana son impredecibles y no podemos ver reglas o leyes constantes en ellas más que la “sorpresa de los múltiples caminos que el hombre puede tomar”. Por otro lado, las variaciones en el ser humano son de tal magnitud que lo cuantitativo se convierte en cualitativo.

La vida del hombre no es naturaleza estática, no es algo acabado, sino que es historia, y la historia pertenece esencialmente a la vida de cada uno de nosotros. Por el contrario, dentro de lo que llamamos naturaleza humana los cambios han sido muy limitados, acotados y singulares, igual que la naturaleza fuera del hombre. Los hombres son y serán los mismos o casi los mismos, lo que no permanece igual son sus “circunstancias”, y ellas no pueden estar insertas en otro lugar que no sea en un ciclo vital. Este ciclo vital está marcado por un tiempo en el que conviven las personas y se modifican sus circunstancias cuando las condiciones que hacen posible la vida en comunidad se transforman.

Para ir aclarando los asuntos, tenemos que hacer distinciones básicas. Comenzaremos con lo que es llamado los lugares de lo histórico, donde se da lo histórico. Desde el punto de vista de Ortega, lo histórico se da en la vida humana. En principio, no vamos a encontrar lo histórico en la naturaleza, como en los animales. Es verdad que a veces se habla de una historia natural, pero la palabra historia en esta expresión no tiene

el mismo significado que cuando hablamos de la historicidad de la vida humana. Por lo tanto, en primera instancia nos restringimos, cuando hablamos de historia, a lo humano. Podríamos agregar que si es posible hablar de lo histórico en la naturaleza, es porque la naturaleza se da en relación a lo humano, lo cual es **intrínsecamente histórico**. Por otra parte, tendríamos que agregar que lo histórico se da en la dimensión colectiva de la vida humana, que para Ortega es siempre la mía, básicamente. Ortega, a propósito de traducciones de libros sobre sensaciones y percepciones en estudios psicológicos alemanes, traduce “*Erlebnis*” por vivencia, que fue introducida por Dilthey. Refiere que se trata de lo que sigue: en frases como «vivir la vida», «vivir las cosas», adquiere el verbo «vivir» un sentido en forma transitiva, significando aquel género de relación inmediata en que entra o puede entrar el sujeto con ciertas objetividades. Todo lo que llega con tal inmediatez a mi yo que entra a formar parte de él es una vivencia. Así como el cuerpo físico es una unidad de átomos, el yo o cuerpo consciente es una unidad de vivencias.

Sin embargo, la vida humana personal, mi vida, no es algo puramente individual, sino que tiene una dimensión colectiva que es histórica. En principio, esta dimensión colectiva se da en lo que Ortega llama sistema de creencias y sistema de usos sociales, que configuran, justamente, la vida humana personal. Tendríamos que agregar que lo histórico se da en los movimientos colectivos o sociales, y no simplemente en los ámbitos de la vida individual. Los hechos que se dan en la vida de un individuo particular logran tener importancia histórica en la medida que se inscriben dentro de la vida colectiva, no reduciéndose a un hecho de la vida privada de éste.

De todas maneras quedaría abierta la posibilidad de que lo histórico se dé en el ámbito de una vida personal, aun cuando en ese caso solemos hablar de algo biográfico y no propiamente histórico, si bien las biografías de los hombres, al entrecruzar-

se, configuran un hecho colectivo que es histórico. En otras palabras, no podemos separar tajantemente lo que ocurre en las vidas personales, de lo que ocurre en la colectividad. Sin vidas personales, que se entrecrucen, no habrían hechos colectivos propiamente históricos. Viceversa, si nosotros no estuviésemos inmersos en una colectividad, la dimensión histórica de la vida humana personal no se daría. La dimensión social de vida humana personal, que es histórica, y los acontecimientos colectivos, que también lo son, se entrelazan y se condicionan mutuamente.

Avanzando un paso, junto con esos dos grandes lugares históricos veamos los niveles en que puede darse lo histórico, sin pretender exhaustividad.

En primer lugar, tendríamos que nombrar la vida humana, que es la realidad radical para Ortega, como el primer nivel en que ocurre lo histórico. En resumen, la vida humana es la realidad radical porque todas las demás realidades, efectivas o presuntas, tienen, de uno u otro modo, que aparecer en ella. **En ese sentido, la vida humana es raíz, de ahí radical, de las demás realidades.** La vida humana, según Ortega, tiene un suelo desde el cual se desarrolla. Ese suelo está formado por nuestras creencias o convicciones. Notemos entonces que en Ortega, las creencias no son un fenómeno cualquiera o un fenómeno más. Nosotros tendríamos voliciones, percepciones, sentimientos y también creencias entre otras cosas. En Ortega, el sistema de nuestras creencias, tiene un papel metafísico fundamental. Son el suelo de nuestra vida. Ahí tendríamos un importante nivel de lo histórico. La dinámica de las creencias. **Por lo pronto, todos nosotros partimos en nuestra vida teniendo una fe, creyendo en la fe de nuestros padres y en ellos mismos.** Sin embargo, nuestras creencias pueden sufrir alteraciones y caemos en la duda, creyendo en tal o cual dirección. No se trata, en este caso, de una duda meramente intelectual o metódica, como la que encontramos en las *Meditaciones metafísicas* de Descartes. **Se trata de una duda vital, existencial,**

previa a la duda intelectual o metódica, y base de ella. Según Ortega, es posible, a veces, salir de la duda para volver a estar en lo cierto, para acceder a otro estado de creencia. A esta nueva creencia, a la que se accede pasando por una creencia rota o duda, duda vital, podríamos llamarle convicción, puesto que habría que distinguir entre la creencia originaria y la creencia a la que se llega a través de un proceso de pensamiento, después que se fractura la creencia originaria. Una gran diferencia que hay estriba en que la convicción tiene menos firmeza que la creencia, ya que es una creencia, de algún modo, adquirida. Podríamos decir que hay un cambio histórico cuando hay un cambio en nuestras creencias. Entendiéndose que este cambio tiene que afectar a una colectividad, no basta con que haya alteraciones en las creencias de un individuo. Esas alteraciones tienen meramente un cambio biográfico, y no histórico. Habría que agregar que, según Ortega, la mayor parte de nuestras creencias, si no todas, tienen un carácter colectivo. No son una creación individual. Si bien a veces interviene lo individual, lo personal, para lograr una nueva convicción, después de que en la creencia que estamos se ha roto. Estaría también configurando la dimensión colectiva de nuestra vida, lo que Ortega llama usos sociales. Las vigencias sociales pueden ser, entonces, creencias o usos. También se da una dinámica dentro de los usos sociales. Además nosotros vamos configurando nuestra vida en un sistema de usos. No obstante, ocurre que esos usos pueden caer en desuso, así como las creencias pueden transformarse en duda, y a partir de eso, surgen nuevos usos. Esta dinámica, en que un uso cae en desuso para que luego surja un nuevo uso, podríamos llamarla propiamente histórica. Primariamente, desde esta perspectiva, la historia es la historia de las creencias y la historia de los usos. Ortega se aparta de lo que ha sido habitual en la historiografía, que es considerar hechos políticos o bélicos como los grandes temas de la historia. Sin duda que cambios de gobierno, guerras y batallas son temas de la historia, pero diría Ortega, todo eso está condicionado por la dinámica de

las creencias y de los usos sociales. Por eso, ante todo, el historiador debería dirigir su mirada a este estrato más profundo de lo histórico, para luego ver cómo la dinámica de las creencias y de los usos repercute en lo político, lo bélico, etc. Por ende, esquemáticamente hay que situarse al nivel de la vida humana, al nivel de las creencias, al nivel de los usos sociales, a los cuales podríamos agregar un cuarto nivel que resume los anteriores, en la perspectiva de Ortega, el del movimiento de las generaciones históricas. Cada generación histórica se caracteriza por un determinado sistema de creencias y por un determinado sistema de usos sociales. De tal manera que, en principio, la dinámica de las creencias y de los usos sociales se da en un ritmo generacional. Cada generación involucra un cambio de sistemas de creencias y de usos, a veces mayor y otras menor, pero siempre habría algún cambio. Este cambio impide que las sociedades históricas sean sociedades de repetición, a las que se refiere Sartre en la *Crítica de la Razón Dialéctica* y Ortega en *Las Atlántidas*. En otras palabras, el cambio histórico es inherente a las sociedades históricas, y este cambio se da con cada generación. El cambio constitutivo de la historia es el cambio generacional, aunque puede haber otros cambios, que para Ortega no son constitutivos de la historia pero son frecuentes, por ejemplo, los cambios a raíz de guerras, conflictos internos, guerras civiles, luchas de clases, entre otros, que sin ser constitutivos de la historia, producen variaciones en el cuerpo social. Por lo tanto, junto con el cambio constitutivo de la historia habría que considerar otros factores.

A propósito de las generaciones históricas, Ortega habla en una primera etapa, la que podemos ubicar en *El tema de nuestro tiempo*, de sensibilidad vital. Cada generación histórica se caracteriza por una sensibilidad vital distinta, de tal manera que la lucha generacional hace que la sociedad no se estanque en una sensibilidad vital, sino que vaya pasando de una a otra. Esta lucha generacional tomará diversas figuras, dependiendo de la generación de que se

trate. Dice Ortega que hay generaciones cumulativas, que implican cierto cambio de la generación anterior, pero no un cambio demasiado grande. Hay un predominio de la continuidad de la generación anterior, sobre la variación. Pero también hay generaciones polémicas, donde predomina la variación sobre la continuidad. Según Ortega, siempre hay lo uno y lo otro. En efecto, cuando emergen generaciones polémicas también hay continuidad. A veces se pretende partir desde cero haciendo *tábula rasa* del pretérito, pero eso nunca ocurre en rigor. Siempre hay una continuidad que a lo largo del tiempo se manifiesta. Estudiando las revoluciones, dice Ortega, desde donde justamente se ha tratado de partir desde cero, se comprueba que todo aquello que se ha negado radicalmente, va volviendo de a poco, transformado, pero vuelve. De ahí que los personajes que han negado completamente las realidades, tienen que ir poco a poco pactando con ellas de nuevo, hasta que prácticamente la mayor parte de esas realidades vuelve a estar ahí.

Respecto del concepto de sensibilidad vital, Ortega lo parece abandonar para tomar los sistemas de creencias y usos sociales. Vale la pena retenerlo, porque justamente no tiene que ver con ideas, sino que precisamente con una sensibilidad. En segundo término, refiere a algo afectivo que pareciera ser importante en la historia. En el libro de Francisco Soler, *Hacia Ortega, Tomo I, El mito del origen del hombre*, se hace hincapié en la importancia del mito. El mito está cargado de afectividad y podríamos agregar que ha jugado y sigue jugando un gran papel en la historia mediante cambios históricos.

Ortega se fija, por ejemplo, en la generación de Descartes, que según él, no es una generación meramente cumulativa ni polémica, sino que marca un cambio de época. No se trata de un simple cambio generacional, sino que de un epocal. La generación cartesiana se caracterizaba por una sensibilidad vital que se entusiasma-

ba con las grandes construcciones de la razón pura, abandonada a sí misma y siguiendo sus propias leyes. De ahí que esta sensibilidad vital no se entusiasme con la realidad histórica existente que es sumamente imperfecta, en relación a una construcción racional, en la cual todo es perfecto.

Otro nivel sería el de la humanidad, donde encontraríamos lo histórico. Ese nivel nos permitiría hablar de una historia universal, suponiendo que exista una. En realidad se podría decir que hay historia de diversas colectividades. Plantear que hay una historia unificada, una historia universal, podría considerarse como un abuso, en la que algunos historiadores consideran que una historia en particular, por ejemplo de un país, reúne a todas las demás. Esto amerita un debate. Ahora, por otro lado, no es llegar y decir que no hay una historia universal. Aparece necesario argumentar.

Encontraríamos otro nivel histórico, que sería el de las realidades empíricas que se han dado en el devenir humano, que no caben dentro de lo que hemos visto hasta ahora, si bien estas realidades empíricas estarían condicionadas por dinámicas de creencias, de usos, de generaciones, etc. Por ejemplo, nos encontramos con naciones, imperios, guerras y revoluciones empíricamente dadas. Podríamos decir que éstas no son entidades metafísicas, como las creencias, los usos o la vida humana.

LA HISTORIA COMO GESTACIÓN Y ACONTECER DRAMÁTICO PASAJERO

Para entrar en el terreno de lo histórico, filosóficamente hablando, tenemos que volver a la vida humana como realidad radical, ya que emerge todo desde ella, incluso lo histórico. Aquí habría que subrayar que Ortega no entiende la vida humana desde un punto de vista biológico o zoológico, sino que desde un punto de vista biográfico. Por tanto, no va a entender la vida como un

organismo corpóreo, sino que va a utilizar, para comprenderla, la categoría de acontecimiento. La vida es primariamente, un acontecer. Esto no niega que el hombre sea también, ineludiblemente, un ser corpóreo, pero enfila la meditación en otra dirección.

Dice Ortega, en un texto clave de *Historia como sistema*: “el hombre es su vida, un puro y universal acontecimiento que acontece a cada cual y en que cada cual no es, a su vez, sino acontecimiento”. Aquí habría que salir al paso de una posible mala interpretación. Habría algo con determinadas características, que tendría como elemento básico, acontecer. Pero ese algo no sería acontecimiento, sería algo distinto, como por ejemplo nuestro cuerpo o nuestra psique, que acontecen. Aquí, estas entidades acontecerían, pero no como elemento primario. Ortega no quiere decir esto. Para él, lo primario es el puro y universal acontecimiento, que es nuestro vivir. Este planteamiento puede parecernos chocante, ya que estamos acostumbrados a cierto pensamiento sustancialista en el que para que haya acontecimiento, tiene que haber algo que acontezca. Pero, para Ortega, lo que hay es puro acontecer. Por ello, más que realizar una metafísica de la sustancia, tenemos que realizar una metafísica del acontecer, lo cual le vendría muy bien a la historia, ya que esta aproximación le daría a la historia conceptos fundamentales, de los cuales carece, o más bien dicho, que la historia ha tomado simplemente del conocimiento vulgar y no desde una filosofía. Otra mala interpretación sería pensar que nuestra vida, consistente en esto o en lo otro, a veces es afectada por ciertos acontecimientos que ocurren en ella. En la vida, lo primordial no serían los acontecimientos, el acontecer, sino que nuestra vida ya constituiría algo distinto del acontecer. Ortega radicaliza esto, diciendo que lo que hay es acontecer, y nosotros acontecemos dentro de ese acontecer que es nuestra vida. Es una idea bastante innovadora y que llevaría a un cambio de la sensación cósmica si es que nos dejamos lle-

var por esa interpretación. Significa que nuestra sensación cósmica espontánea no se aviene de primera con esta interpretación. Esta idea habría que juntarla con varias otras. La descripción de la vida no se agota diciendo que es puro acontecimiento. La vida humana se da encarnada, se da en un cuerpo. Una vida humana incorpórea no es vida humana. Un ser puramente espiritual no tiene vida humana, aunque puede tener otro tipo de vida.

Los diversos cambios históricos serían modulaciones del acontecer fundamental que es el vivir. Podríamos decir que hay acontecimientos históricos, porque la vida humana misma es acontecimiento. Es la condición de posibilidad para que haya hechos históricos. Nuestra tarea inmediata sería saber qué entendemos por acontecer y vida humana, como puro y vital acontecimiento. Para eso, en el concepto de Ortega, podemos recurrir a la idea de pasar y drama. Términos coloquiales, como pasar, son elevados a términos ontológicos de primer orden. Así como dentro de la tradición filosófica existen grandes categorías ontológicas, aquí el rasgo de pasar adquiere un rango especial.

Nuevamente en *Historia como sistema*, Ortega expresa: “Las formas más dispares del ser pasan por el hombre [...] el ser es, en el hombre, mero pasar y pasarle. [...] Le pasa ser hembra paleolítica y la marquesa de Pompadour, Gengis-Khan y Stephan George, Pericles y Charles Chaplin. El hombre no se adscribe a ninguna de esas formas; las atraviesa.” Esta idea de que la vida es un pasar es predominante en este planteamiento, y podemos ver en la palabra pasar, al menos cuatro acepciones. Primero, pasar es acaecer, ocurrir, equivaldría a acontecer. La vida acontece o pasa, es decir, consiste en acontecer o pasar. Segundo, este pasar en que consiste el vivir es pasajero, huidizo, no se detiene. Tercero, a medida que pasa, el vivir se va gastando, ya que el vivir es material fungible, se va consumiendo. Y en cuarto lugar, en la medida que pasa, la vida va

decantando un pasado que no desaparece del todo, y en la medida en que se conserva, es la base sobre la cual vamos construyendo nuestro presente y nuestro futuro.

La idea de drama nos ayuda a esclarecer el acontecimiento. Cuando Ortega habla de drama no está echando mano a una simple metáfora. *Drao*, drama, es la forma nominal de este verbo, significa actuar, ejecutar. Esto nos sugiere que el vivir del hombre es un incesante quehacer. Un quehacer dramático tiene un carácter esencialmente riesgoso. A propósito de esto, la idea de Nietzsche, “vivid en peligro”, es ya una redundancia, ya que el peligro mismo es la sustancia de nuestra vida. Por último, esta idea sugiere que el vivir está compuesto por un protagonista y por personajes que conviven necesariamente con él en un escenario, que podemos llamar circunstancia.

La vida humana está conformada por el yo y su circunstancia. La vida humana es histórica en varios sentidos en cuanto cambia “substancialmente”. En cierta medida, todo cambia constantemente (una silla, una planta, etc.), pero el cambio humano resalta sobre los otros. Lo que varía en la vida humana es su totalidad y no solo su circunstancia.

HISTORICIDAD DE LA VIDA HUMANA

Se suele hablar con frecuencia de cambio histórico, de repercusiones históricas, de oponerse a la historia y de otras frases afines, presuponiendo un concepto de historia. Se pretende ahora aclarar y determinar suficientemente la palabra historia.

Esquemáticamente, podemos dividir la historia en dos tópicos: 1) Historia de las Sociedades (Historia Universal, Historia de sociedades particulares) e 2) Historicidad de la vida humana. Este segundo aspecto es el que hemos estado analizando desde el punto de vista filosófico, como

por ejemplo cuando nos referimos a la temporalidad tal cual como se da en la vida humana.

La vida humana se caracteriza por la historicidad. La historicidad de la vida humana se puede manifestar si está inscrita en la historia de las sociedades. A la filosofía le interesa la historicidad de la vida humana. ¿En qué consiste la historicidad de la vida humana?

Por lo pronto, en que la vida humana se realiza a partir de un pasado. Privilegiamos aquí el pasado no como algo muerto, sino como pasado actuando en el presente, que abre y cierra posibilidades futuras.

Con la palabra historicidad podemos aludir, por otro lado, al quehacer mismo que la existencia humana conlleva. La vida consiste en gestarse a sí misma en una fabricación, dice Ortega. No es algo dado, es una tarea y, en ese sentido, histórica.

Con la palabra historicidad nos referimos, además, a la existencia humana como acontecimiento dramático-pasajero. Desde el punto de vista metafísico, la categoría fundamental no sería la de sustancia sino la de acontecimiento.

El acontecer, que es el vivir, se caracteriza por su temporalidad, y el tiempo se compone de tres dimensiones: pasado, presente y futuro. La historicidad no se refiere solo al pasado sino a la temporalidad íntegra del hombre. Se recalca que el presente, en sentido amplio involucra el pasado, el futuro y el presente en sentido restringido.

La vida humana es histórica, por otra parte, porque cambia, y dicho cambio afecta sus estructuras radicales. La existencia no se reduce a su pasado, la vida siempre tiende a algo que no es todavía, que es posible, que es futuro -y esto es decisivo-, que es distinto de lo que el hombre ya era.

Esquema resumen de la historicidad de la vida humana:

- 1) La vida humana se realiza a partir del pasado.
- 2) Quehacer, gestarse, autofabricarse, tarea por realizar.
- 3) Acontecer dramático-pasajero.
- 4) Temporalidad integral: pasado, presente y futuro.
- 5) Cambio radical.

Cabe la posibilidad de que el hombre procure asumir científicamente su historicidad. En tal caso, hace historia en el sentido de historiografía.

Con fines didácticos podemos distinguir la historia como realidad (historia de la sociedad, historia de la vida humana) y la historia como conocimiento. Si decimos “estamos en medio de la historia” apuntamos a la historia como realidad, si decimos “esta persona tiene poco conocimiento histórico” nos referimos a la segunda acepción.

Debemos definir dos conceptos importantes: historiografía entendida como ciencia histórica y metahistoria que alude a filosofía de la historia. A este último concepto Ortega le llama historiología, término aparentemente acuñado por este filósofo.

El hombre puede comportarse de una manera genuinamente histórica cuando regresa al pasado apropiándose, según señala Heidegger, en el sentido de una modalidad creadora. Por cierto, el hombre puede adoptar actitudes antihistóricas, en las que desprecia el pasado o procura anquilosarse en una porción de él.

Tomando en cuenta lo anterior tendríamos conductas históricas y conductas antihistóricas. Per-

sonas o sociedades que son al mismo tiempo tradicionalistas, actualistas y futuristas se asociarían a las conductas históricas. Por el contrario, si se deja una o más dimensiones temporales de lado se cometerían conductas antihistóricas.

Vemos también una especie de paso atrás en estos autores respecto de la vida cotidiana. Heidegger pone en el centro de *Ser y Tiempo*, lo que llama cotidianeidad media, como punto de partida de sus consideraciones. Haciendo notar que la vida cotidiana ha sido descuidada por la meditación filosófica, él da un paso atrás desde los temas definidos como relevantes en la filosofía hacia los temas de cotidianeidad media, cosa que también ocurriría en Ortega, ya en las *Meditaciones del Quijote*. Nuestra existencia, nuestro ser y nuestro tiempo se da encarnado en nosotros. También nuestro modo de comprender el mundo. El pensamiento no termina siendo una abstracción escindida de lo que acontece, sino que se da en él, en nuestra apertura, en lo que llamamos mundo. Un mundo con creencias, convicciones, usos, pero también con historia que es necesario conocer como un organismo que necesita energía, ya que es nuestra historia, nuestra vida que ha sido y que sigue siendo en nosotros. Sí a la meditación, sí a la búsqueda del sentido que nos hace vivos y que nos hace vivir.

REFERENCIAS

1. Ortega y Gasset, J. "Historia como sistema", Obras completas, volumen VI. Madrid: Editorial Taurus, 2006.
2. Ortega y Gasset, J. "Sobre el concepto de sensación", Obras completas, volumen I. Madrid: Editorial Taurus, 2006.
3. Mario Sepúlveda. Características evolutivas de la psicopatología infantil. En *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Capítulo 9. 2ª edición. H. Montenegro y H. Guajardo. Mediterráneo, 2000.
4. Sepúlveda, J. "Lo psicosomático: un enfoque evolutivo desde la psiquiatría infanto-juvenil". En "Repensando lo psicomático: desde lo clínico a lo psicosocial". SONEPSYN, 2010, p. 65-71.
5. Peregrina, H. "Fundamentos antropológicos de la psicopatología." Ediciones Polifemo, 2006.
6. Silva, H. "La esquizofrenia: de Kraepelin al DSM IV." Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1993.
7. Ortega y Gasset, J. "En torno a Galileo. Esquema de las crisis", O.C., Vol. VI, Madrid: Editorial Taurus, 2006.
8. Acevedo Guerra, J. "La sociedad como proyecto", Santiago: Ed. Universitaria, 1994.
9. Soler Grima, F. "Hacia Ortega. I.- El mito del origen del hombre", Ediciones de la Facultad de Filosofía y Educación de la Universidad de Chile. Santiago: Ed. Universitaria, 1965.
10. Almonte, C y Montt, M. "Psicopatología infantojuvenil y de la adolescencia". 2ª edición. Santiago: Meditarráneo, 2011.
11. Dörr, A, Gorostegui, M, y Bascuñán, M. "Psicología general y evolutiva". Santiago: Ed. Mediterráneo, 2008.
12. Boden, M. "Piaget". Cátedra, 1ª edición, 1995.
13. Platón. "Diálogos I", Gredos, 1ª edición, 2010.
14. Schul, P. "La obra de Platón", Hachette, 1ª edición, 1954.

15. Muñoz, Jacobo y Velarde, Julián. "Compendio de epistemología". Edición a cargo de. Madrid, Trotta, 2000: 174-180.
16. Lantéri-Laura, G. "Psiquiatría fenomenológica", Ed. Troquel, 1ª edición, 1955.
17. Martin-Santos, L. "Dilthey, Jaspers y la comprensión del enfermo mental". Madrid: Paz Montalvo, 1955.

Correspondencia a: Jonathan Véliz U.
jr.veliz.u@gmail.com

Rev. Psiq. Clín. 2013; 51(1-2): 29-41

Transexuales: integrando miradas

Patricia Tapia I., Carlos Almonte V., Alejandra Ramírez C., Enzo Devoto C., Pedro Eva C.

A continuación se muestran extractos de las presentaciones de la jornada académica denominada “Transexuales: integrando miradas”, realizada en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, de manera de dejar un registro de los distintos enfoques que se dieron en este encuentro.

DIAGNÓSTICO DE TRANSEXUALIDAD

Dra. Patricia Tapia I.

El sexo nos es asignado al nacer y si seremos hombres o mujeres depende de nuestros genitales externos. En casos dudosos, en personas que tienen genitales de ambos sexos existen parámetros médicos que permiten tomar una decisión.

Por lo general esto no es un problema y la mayoría de nosotros nos sentimos conformes con el sexo que nos fue asignado. El sexo asignado se asocia a un nombre, a un sexo legal y a un rol que debe ser desempeñado y que varía de acuerdo a la época y a la cultura.

Pero qué pasa cuando las personas no se sienten conformes o son infelices con su sexo asignado. Estas personas son transexuales, es decir su sexo físico no coincide con su sexo psicológico.

El término transexual fue introducido por Harry Benjamin en 1951 para referirse a personas que tenían un cuerpo sano y sexualmente definido pero que tenían la convicción de pertenecer al otro sexo. Él era un médico internista, endocrinólogo y consideraba este trastorno como una enfermedad biológica. No estaba de acuerdo

con los psiquiatras de la época que lo consideraban un trastorno psiquiátrico grave (1).

Los transexuales han existido siempre. En tiempos antiguos, cuando no era posible acceder a técnicas sofisticadas de reasignación de sexo, se vestían y pasaban por el sexo deseado, pero hoy muchos de estos pacientes solicitan tratamiento hormonal y/o quirúrgico, para modificar sus características sexuales secundarias.

El primer caso mediático de reasignación de sexo fue el de Christine Jorgensen, un norteamericano que se sometió a un tratamiento hormonal y a cirugía parcial. Este caso fue muy controvertido y su doctor dijo que el tratamiento no pretendía una reasignación de sexo, sino “curar” a Jorgensen de su homosexualidad. En el pensamiento de la época, se suponía que la castración era una terapia en estos casos (2).

La identidad de género puede definirse como la convicción íntima de pertenecer a un sexo y no a otro. Las personas con trastorno de la identidad de género o “disforia de género” sienten que su sexo físico no calza con su sexo psicológico y quieren adoptar las características y el rol del género al cual sienten que pertenecen. La incongruencia entre el sexo físico y el sexo psicológico provoca sufrimiento y deterioro social, laboral y de otras áreas importantes en la vida del sujeto.

En 1979 se creó la asociación Harry Benjamin, que fijó los estándares para el tratamiento de las personas transexuales o con “disforia de género”. Se definió que los psiquiatras debían decidir la

elegibilidad de los candidatos a reasignación de sexo. Todos debían cumplir con los criterios para el diagnóstico de transexualidad.

En 1980, en el DSM III, aparece por primera vez el diagnóstico de transexualidad y sus criterios de inclusión (3).

En Alemania, la ley para transexuales, vigente desde el 1 de enero de 1981, exige que todos los candidatos a cambio de nombre deben ser evaluados por dos expertos independientes, antes de que el tribunal dictamine.

Los expertos deben confirmar el diagnóstico de transexual según los criterios del ICD-10.

En el DSM IV aparece como trastorno de la identidad sexual y hay dos componentes básicos para el diagnóstico que corresponden a los criterios A y B. Además exige descartar patología intersexual (criterio C) y el sujeto debe presentar malestar clínicamente significativo y/o deterioro socio-laboral o de otras áreas importantes de la actividad (criterio D). El diagnóstico incluye especificadores de edad de inicio y en individuos sexualmente maduros, de orientación sexual.

Se debe codificar de inicio en la infancia, o bien, de inicio en la adolescencia o en la edad adulta. En adolescentes y adultos se debe especificar la orientación sexual en homosexuales, heterosexuales, bisexuales y asexuales.

Ha habido discusión respecto de si la condición de transexual corresponde a un trastorno psiquiátrico. En la concepción del DSM, esto no es un conflicto, ya que se considera que la divergencia entre el sexo asignado y el sexo psicológico es per se un trastorno psiquiátrico (4).

La validez y confiabilidad del diagnóstico son un punto clave, ya que talvez el tratamiento de reasignación de sexo sea uno de los más radicales de la medicina. En la primera década de apli-

cación de la ley alemana para transexuales se procesaron mil casos y solo excepcionalmente se requirió de un tercer experto para el dictamen (5).

El objetivo del diagnóstico es determinar la elegibilidad de los candidatos a reasignación de sexo que incluye primero, un alto nivel de certeza de que el sujeto es efectivamente un transexual, en segundo lugar, que podrá adaptarse a las situaciones médicas, sociales y emocionales que generará la transformación y por último, que la reasignación de sexo mejorará la calidad de vida del sujeto.

No todos los sujetos transexuales desean una reasignación quirúrgica de sexo y muchos pueden estar satisfechos con el tratamiento hormonal (6).

El trastorno de identidad sexual o disforia de género se caracteriza por la convicción de ser y sentirse del otro sexo, no solo por la creencia de pertenecer al otro sexo como ocurriría en una idea delirante.

El transvestismo en estos pacientes no tiene como finalidad obtener excitación sexual, como ocurre en el fetichismo transvestista, y tienen conductas cruzadas de género, porque desean vivir en el rol del otro sexo y adoptar el papel social y el aspecto físico del otro sexo.

Los criterios han estado en discusión, ya que puede haber casos que no busquen la cirugía o que no sufran de grados importantes de deterioro debido a su condición. Por otro lado, los transexuales operados cumplen aún con los criterios del DSM IV, ya que los criterios están referidos al sexo de nacimiento.

Un aspecto importante de considerar es que la reasignación de sexo requiere de la intervención médica y por esta razón un enfoque médico de

la condición es la única salida para quienes buscan este tratamiento.

TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GÉNERO: CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO

Dr. Carlos Almonte V.

La transexualidad corresponde dimensionalmente a uno de los extremos de los trastornos de la identidad de género en la infancia y la adolescencia. Los principales grupos de investigadores corresponden a Green, Zucker y Bradley en Toronto, Canadá y al de Peggy Cohen-Kettenis en Utrecht, Holanda (1, 2 y 7).

Los niños que cumplen todos los criterios de trastorno de identidad de género, son desde el punto de vista dimensional de intensidad diversa, así también los tratamientos propuestos.

La identidad de género que se refiere al sentimiento individual de ser hombre o mujer, se consolida entre los tres y cuatro años de edad.

La conducta de género, los aspectos de la conducta de un individuo que son consistentes con las definiciones culturales de masculinidad o feminidad tienen un continuo con la identidad de género, desarrollándose entre los cuatro y cinco años de edad.

La orientación sexual describe lo que es eróticamente atractivo para un individuo, se refiere entonces a asumirse como heterosexual, homosexual, bisexual o asexual.

La mayoría de los niños y niñas que cumplen en la infancia los criterios para trastorno de identidad de género, no transitan hacia la transexualidad, sino a la identidad homosexual o bisexual y un porcentaje menor a la heterosexualidad.

Los resultados de los investigadores en cuanto a la proporción de adolescentes con conductas cruzadas de género que evolucionan hacia transexuales, son variables, fluctuando en los distintos estudios entre 10 y 25% de los adolescentes.

Respecto a la orientación sexual, el grupo de transexuales de inicio precoz es con mayor frecuencia de orientación homosexual, considerando el sexo de nacimiento.

La serie más importante de niños con trastorno de identidad de género con seguimiento a largo plazo corresponde al de Green, quien de una muestra original de 66 niños, logró entrevistar a 44 (66%) en un plazo de entre 10 y 12 años, cuando tenían una edad promedio de 18.9 años. Encontró que el 75% de éstos referían fantasías homosexuales y bisexuales. De 30 que habían tenido experiencias sexuales, el 80% había tenido conductas bisexuales u homosexuales y solo en el 20% restante, heterosexuales. En tanto, en el grupo control de niños sin trastornos de identidad de género en la infancia, solo un niño tuvo conductas bisexuales, 69% conductas heterosexuales y 100% fantasías heterosexuales (1).

Zucker, en el seguimiento a largo plazo de 41 niños con trastorno de identidad de género, encontró cinco transexuales (12,2%), veintiún homosexuales (51,2%) y un (2,4%) transvestista homosexual. En tanto, catorce (34,2%) de los niños evolucionaron como heterosexuales (7).

Cohen-Kettenis, en un estudio de 22 adolescentes tratados con cirugía de reasignación sexual, encontró que evolucionaron sin disforia de género en un 100%.

Casos clínicos sobre trastorno de Identidad de género:

Manuel, 6 años

Consulta la madre en psiquiatría referida desde el colegio porque Manuel “presenta una marcada preferencia por jugar y compartir con las niñas y adoptar sus actitudes”.

En ocasiones, cuando habla de sí cambia de género, por ejemplo habla de “nosotras” o “estoy muy delgada”.

Manuel vive con sus padres, ambos de 30 años, y sus hermanos Javier de 5 y Camila de 3 años.

El padre trabaja en la construcción y la madre es dueña de casa. Están separados desde hace tres días antes de la consulta.

La madre relata que su esposo la golpea e insulta frecuentemente, lo mismo sucede contra los niños. A Manuel, el padre lo golpea con correa, escobillón, zapatos y con las manos, le dice que si hubiera sido mujer, él lo hubiera querido, lo que la madre atribuye como motivo de la conducta de Manuel.

En casa juega con muñecas, por lo que el padre le dice “maricón”.

Cuando Manuel se “porta mal”, la madre le pega con las manos o con la cuchara de palo en la cabeza. También las tías maternas le pegan al niño si lo consideran necesario.

En el colegio no tiene amigos. Los niños lo molestan diciéndole “Manuelita” y “cara de chancho”. Se forma en la fila de las niñas y solo juega con ellas.

La apariencia física es descuidada y tiene varias heridas en los brazos. Manuel se muestra inquie-

to y opositorista, negándose a realizar las actividades solicitadas, por lo cual la aplicación de las pruebas se hace lenta y compleja. Constantemente dice querer irse y simula llorar cuando se cansa o se aburre. Necesita estar en sesión con algún familiar (la madre o la tía), si esto no pasa su angustia aumenta desproporcionadamente. Dice que no trabajará y llora, frente a lo cual la mamá o la tía lo reprenden y amenazan con abandonarlo.

Comentario: Se trata de un niño con trastorno de la identidad de rol de género, asociado a trastorno opositorista desafiante y ansiedad de separación, comorbilidad frecuente en estos niños.

Juan, 6 años

A los 2 años fue testigo de cómo asesinaban a su padre. Por la situación de pobreza tuvo que vivir con otra familia, donde la figura dominante era una mujer, pero su madre es quien ha sido su referente afectivo más cercano.

Cursa primero básico en un colegio mixto. A los profesores les llamaba la atención que siempre jugaba con las niñas y que si se peleaba con ellas, se ponía a llorar y las acusaba. Sus compañeros se reían de él y lo molestaban, diciéndole “Juanita”. Siempre que había que disfrazarse se ponía sombrero de mujer, zapatos de tacos, etc. Ha dicho que cuando grande quiere ser “mamá” o “bailarina”. Le gusta jugar con barbies y juega a la mamá con sus muñecas. Cuando dibuja hace corazones, los pinta de color rosado y se los regala a las tías. Cuando necesita pedir algo, trata de cambiar la voz para simular que es un niño más pequeño o una niña.

Comentario: Niño con trastorno de la identidad de género con entorno familiar y escolar desfavorables para el logro de su identidad de género.

ALGUNAS CONSIDERACIONES RESPECTO A LA BASE PSÍQUICA DE LA IDENTIDAD SEXUAL

Dra. Alejandra Ramírez C.

El concepto identidad se refiere tanto al conjunto de características por las que se puede reconocer a un individuo sin posibilidad de confundirlo con otro, como al hecho que una persona sea lo que efectivamente dice ser. En el ámbito de la identidad sexual humana, si reducimos el campo de observación al cuerpo del individuo, el resultado es que una persona será de identidad masculina o femenina según sus características somáticas, especialmente aquellas ligadas a la función de reproducción, dadas por su sexo genético. Sin embargo, la identidad sexual humana está determinada también por la búsqueda del placer asociado al funcionamiento de los genitales en particular y de las zonas erógenas en su totalidad. Las personas se definen sexualmente más allá de las características reproductivas de su cuerpo y dicha definición tiene cimientos psíquicos.

La base psíquica de la identidad sexual es en su mayoría inconsciente para el sujeto y la constituyen fundamentalmente dos procesos mentales: identificación y elección de objeto.

La identificación es la consecuencia o la exteriorización más temprana de la existencia de una ligazón afectiva con otra persona, a la que se considera quien uno querría ser y la elección de objeto se refiere a quien uno querría tener para satisfacer un deseo. En general, en el funcionamiento psicológico ambos procesos están estrechamente relacionados, la ausencia de respuesta satisfactoria del objeto deseado conduce al sujeto a identificarse con él. Esto es habitualmente observado en el duelo normal, al término del cual el individuo hace suyas ciertas características del ser amado perdido. En otras palabras, realiza una identificación selectiva con

él y conserva en su personalidad algunas de sus cualidades.

En todas las áreas del funcionamiento psicológico actúan las pulsiones de vida (Eros) y de muerte (Tánatos). La primera busca conservar la vida y producir nuevas unidades, en tanto la segunda busca llevar lo vivo al estado inorgánico, y para realizar su meta de destrucción de lo vivo disuelve los nexos existentes.

El sustrato inicial, a partir del cual se desarrolla la identidad sexual, es la fantasía inconsciente del complejo de Edipo, actualmente considerada una herencia del desarrollo evolutivo de la especie humana y como tal, presente en las personas desde el nacimiento. Dicha fantasía incluiría por una parte a los padres unidos en una relación sexual y por otra, al niño solo observando la capacidad creativa de la pareja parental.

La existencia en el mundo interno del niño, de la fantasía inconsciente de la pareja de los padres unidos en una relación sexual (objeto combinado), despierta en él identificación y elección de objeto con los progenitores. Procesos que se realizarán en el inter-juego entre las fantasías de su mundo interno y la relación real con sus progenitores en el mundo externo. En la mayoría de las personas, las características sexuales de su cuerpo, reconocidas desde la niñez como un hecho objetivo y parte incuestionable de su ser, contribuyen a la identificación sexual con el progenitor del mismo sexo y a que finalmente se elija como objeto del placer ligado al funcionamiento del aparato genital al progenitor del otro sexo. Durante el desarrollo, en especial en la adolescencia, la ligazón a los padres mediante el erotismo sexual pierde su importancia consciente y queda relegada a las profundidades de la vida psíquica inconsciente. Este cambio es requisito para realizar a plenitud la vida de pareja de individuo adulto que se caracteriza, entre otras cosas, por la elección como objeto sexual de una persona ajena a su familia de origen.

En la actualidad, es de conocimiento público que algunas personas se definen respecto a su objeto sexual sin conservar la armonía con sus características reproductivas. Este hecho les significa quedar sin acceso a la paternidad por la vía natural. Aquellos con mayor poder adquisitivo acceden a las nuevas técnicas de la medicina reproductiva y logran tener hijos, sorteando así las consecuencias de haber quedado sin participar en la conservación de la especie y sin trascender genéticamente debido a su definición sexual.

Menos frecuente que la situación anterior descrita es la de las personas transexuales, quienes sienten ser de un sexo distinto a su sexo somático. En ellos habría primado la identificación con el progenitor del otro sexo, sin considerar las características de su cuerpo como un hecho innegable y parte esencial de su ser; sienten un rechazo intenso y odioso a sus caracteres sexuales secundarios.

La información acumulada a partir de experiencias psicoterapéuticas muestra que el reconocimiento, la valoración, la indiferencia y el rechazo brindados por los progenitores o sus sustitutos en los primeros años de desarrollo del sujeto determinarán la identidad sexual adulta.

TERAPIA HORMONAL DE REASIGNACIÓN DE SEXO EN DISFORIA DE GÉNERO

Dr. Enzo Devoto C.

En la realización de la terapia de reasignación de género se deben seguir las siguientes etapas:

- 1.- Etapa de responsabilidad de salud mental: incluye diagnóstico, descarte de comorbilidades y estudio y apoyo psicológico durante el proceso.
- 2.- Terapia endocrinológica (hormonal). De responsabilidad del médico endocrinólogo. Dentro del tratamiento hormonal existen in-

tervenciones completamente reversibles (supresión del eje hipotálamo hipofisis gonadal en el adolescente, adulto y en ciertos casos para retardar el inicio de la pubertad o detener su desarrollo) y/o intervenciones parcialmente reversibles.

3.- Experiencia de vida real de acuerdo al género deseado. Puede realizarse antes o durante el tratamiento hormonal, pero antes de la cirugía.

4.- Etapa quirúrgica. Es la etapa final de la terapia, implicando intervenciones quirúrgicas generalmente irreversibles.

Dentro de los requisitos para iniciar la terapia hormonal se encuentran:

- Disponer de un informe de psiquiatra y psicólogo que señalen la elegibilidad del paciente para realizar esta etapa terapéutica.
- Conocer la historia familiar y personal del paciente para identificar comorbilidades que contraindican la terapia hormonal.
- Conocer la historia del trastorno de género, demostrando comprensión y acogida para la problemática que lo afecta. Conocer su medio familiar, social, laboral o estudiantil.
- Realizar examen físico y estudio de laboratorio basal, especialmente aquellos que pudieran ser afectados por la terapia (hemograma, perfil lipídico y hepático, glicemia, prolactina, etc.).
- Establecer una relación con los profesionales de salud mental y el cirujano.
- Informar sobre los efectos positivos y negativos de la terapia, especialmente de los riesgos de morbilidad y mortalidad.

- Obtener el compromiso de adherencia al tratamiento y controles.
- Establecer la necesidad de un tiempo bajo esta terapia simultáneamente con la experiencia de vida real, de acuerdo al género en reasignación, si esta no se hubiese realizado.
- Frenar el ímpetu de llegar a la cirugía sin realizar estas etapas.
- Obtener un certificado notarial que respalde este conocimiento informado.

La asociación internacional Harry Benjamin para la disforia de género recomienda en sus normas de cuidado para trastornos de identidad de género que el endocrinólogo puede plantear realizar una intervención totalmente reversible en un adolescente, el cual debe ser referido de salud mental, recomendando el tratamiento, generalmente considerando el alto grado de angustia por su trastorno de identidad de género desde la niñez o el repudio y sufrimiento del afectado ante los primeros signos de desarrollo puberal. Debe existir el consentimiento informado firmado por sus padres o tutor legal.

Retardar o frenar el desarrollo de la pubertad permite ganar tiempo para evaluar la elegibilidad para terapia hormonal y cirugía, esta última no recomendada antes de los 18 años.

En este grupo se realiza la terapia frenadora de la secreción de gonadotrofinas, para varones y mujeres en espera de reasignación de sexo. Corresponden a análogos del GNRH.

En los controles clínicos de dicha terapia se observan la detención del inicio y progresión de las etapas de la pubertad, y en los controles de laboratorio valores frenados de FSH y estradiol en la mujer, y de LH y testosterona en el hombre.

Terapia hormonal de reasignación de sexo en adultos

Los candidatos a esta terapia deben cumplir los siguientes requisitos:

- Mayores de 18 años: se recuerda que la terapia hormonal en ciertos casos de adolescentes se realiza entre 16 y 18 años, con la flexibilidad necesaria en algún caso de prepúber cercano al desarrollo de la pubertad, o en el curso de ella.
- Ausencia de contraindicaciones.
- Perseverancia en la decisión de realizar la transformación física de sus caracteres sexuales secundarios con todas sus implicancias personales, familiares y sociales.
- Idoneidad para realizarla y compromiso en cumplir la terapia, los controles y el plazo establecido antes de acceder a la cirugía.
- En lo posible, una experiencia real de vivir en lo social el sexo al que dicen pertenecer.

La terapia de reasignación de varón a mujer tiene como finalidad obtener la desmasculinización a través de:

1. Frenación del eje hipotálamo hipófisis testicular con agonistas del GNRH.
2. Antiandrógenos.

La terapia de feminización en la reasignación de sexo de varón a mujer se realiza mediante la administración de estrógenos.

Logrado los objetivos señalados, aceptado por la persona afectada los cambios corporales y los psicosociales al vivir su nuevo rol, y no existiendo elementos para solicitar reevaluación por salud mental, el enfermo está en condiciones de

pasar a cirugía. Hay autores que piden 2 años de terapia hormonal y de tiempo real social antes de la etapa quirúrgica. Creemos que, a lo menos, un año debería ser el mínimo.

Debe respetarse el deseo del paciente de no pasar a etapas irreversibles, permanecer en la actual situación, o incluso abandonar la terapia. Oponerse, excepto en casos calificados, en acortar indebidamente esta fase por el entusiasmo quirúrgico.

Si el paciente desea permanecer con terapia hormonal, sin cirugía de mama y genitales internos en el caso de mujer a hombre, se deben intensificar los controles de mama y ginecológicos. Lo mismo en el caso de reasignación de varón a mujer, controles mamarios, hepáticos, hemograma, PSA, lípidos, etc.

Debe enviarse un informe al cirujano y en lo posible estar en contacto y conocer las técnicas utilizadas y su resultado.

La paciente debe retornar al control endocrinológico luego de la cirugía, recordándole que la terapia y los controles se realizarán durante el período etario post operatorio.

Las dosis hormonales de estradiol y testosterona deben ser disminuidas luego de la gonadectomía, ubicando la testosterona en el nivel medio del rango normal. El estradiol debería ser mantenido en el valor de la fase folicular.

Luego de la referencia al cirujano y realizadas las intervenciones indicadas, se espera que el paciente reinicie y mantenga, con el endocrinólogo, los controles clínicos y exámenes señalados.

- Vigilar el peligro de automedicación hormonal y sobredosis.

- Es necesario estar atento a las dificultades de reinserción psicosocial, apoyar y referir, si es necesario, a psicoterapia.

- Interrogar sobre la vida sexual y detectar alguna disfunción tratable.

- Discutir sobre la esperanza que generó el cambio y los resultados en su vida real finalizada la reasignación de género.

- Realizar un informe dirigido al juez, ya que constituye uno de los elementos que es necesario presentar para la reasignación legal del sexo civil.

- Explicitar a quien atendimos nuestro reconocimiento por la confianza profesional que nos dispensó y aquilatar la responsabilidad de haber sido elegido para acompañar en este proceso, que contribuirá así, esperamos, a un mayor grado de felicidad al lograr la identidad sexual anhelada.

TRANSEXUALES: INTEGRANDO MIRADAS. ASPECTOS BIOÉTICOS

Dr. Pedro Eva C.

Definición de dilema: El conflicto moral

El agente moral se encuentra ante una encrucijada moral, ya que tiene que elegir entre dos o más alternativas, pero ninguna de ellas está libre de problemas éticos.

Ambas decisiones, sí o no a la intervención, tienen problemas éticos.

No a la intervención hormonal y quirúrgica

“No se puede violar la integridad física de una persona para el tratamiento de un mal de origen psíquico o espiritual”.

En estas circunstancias no se presentan órganos enfermos o funcionando mal, así que su manipulación médico-quirúrgica es una alteración arbitraria de la integridad física de la persona.

“No es lícito sacrificar al todo una parte que no se relaciona patológicamente con el todo. No se puede asumir el principio de totalidad como criterio de legitimación” (Consejo Pontificio para la pastoral de los agentes sanitarios 1995).

Esta postura crítica a una perspectiva “dualista”, según la cual el espíritu (psiquismo) domina al cuerpo y éste puede ser modificado según los deseos de cada uno, es un concepto subyacente en la “ideología de género”.

Propone, en cambio, una perspectiva “unitarista”, donde el cuerpo no es un simple dato manipulable sino un constituyente de la persona, que merece ser integrado en un proyecto global de realización.

“No puede ser usado ni despreciado sin graves daños en el desarrollo de la propia vida. Se debe respeto a la integridad del cuerpo” (Padre Fernando Pascual, Church fórum).

Conciencia de género: se entiende como conciencia psicológica que no coincide con conciencia moral, basada en el intelecto humano para captar la verdad objetiva del propio ser y la norma objetiva del propio actuar. Se compromete un bien superior, moral y personal. La irreversibilidad del trastorno no está comprobada. Se interviene en órganos sanos. No es una intervención terapéutica (no se elimina una parte enferma). En este caso la cirugía no es curativa, sino destructiva. Hay lesión, por lo tanto, delito y el consentimiento para este fin doloso no es válido.

Involucra orden público y moral social. Se debe ofrecer psicoterapia y apoyo humano.

Sí a la intervención hormonal y quirúrgica

Defiende un principio de “totalidad”: una parte de nuestro organismo, incluso sana e importante, puede ser sacrificada cuando lo exija con certeza y sin alternativas la salvación de todo nuestro ser.

Se rechaza el “dualismo” que considera que lo físico es bueno y lo psicológico es defectuoso e indigno de confianza.

Implica una reivindicación de la libertad individual. Predomina el principio de autonomía.

Derecho a la identidad, dignidad y al libre desarrollo personal. Pertenece al ámbito privado.

La sexualidad no puede ser aprehendida por una realidad única (cromosómica). El componente psicológico es esencial y prioritario. La estructura biológica corporal no es el único determinante del ser personal. La situación psicológica es irreversible.

El trastorno implica sufrimiento y consecuencias negativas en lo emocional, interpersonal, educacional, laboral y social.

Esta concepción implica una definición amplia de salud, como bienestar físico, psicológico y social. Es un enfrentamiento holístico.

La intervención médica es la única terapia posible para restablecer la armonía entre cuerpo y espíritu. Ésta implica riesgos aceptables y beneficios considerables. La terapia tiene óptimos resultados. Se pueden superar las limitaciones con buenos estándares que permitan mejorar la elegibilidad.

Hay un reconocimiento de los riesgos de no tratar, como por ejemplo mala calidad de vida y trastornos emocionales. Riesgo de “autotratamiento”.

Ley Natural (Piana)

Conjunto de las inclinaciones biológicas y espirituales que brotan directamente de la naturaleza del hombre. Es un criterio universal y orienta en su raíz el comportamiento humano. Permite discernir el carácter correcto o incorrecto de las leyes positivas.

Ley Natural (J. Ratzinger)

Si el concepto de naturaleza se entiende solo de modo físico – empírico, no es posible llegar a un juicio unívoco que trascienda las diversas culturas sobre el valor de un acto. El concepto de naturaleza, que subyace a toda la tradición y magisterio de la iglesia, no es de carácter físico, sino metafísico. Un acto (es) natural cuando está en armonía con la esencia del hombre, con su ser tal como ha sido querido por dios. A partir de este ser, la razón puede deducir el imperativo del deber, sobre todo si es iluminada por la fe.

Ley Natural (redefinición personalista)

Recuperación de la conciencia histórica y los aportes de las ciencias humanas.

La naturaleza “personal” del hombre implica tanto la atención a su estructura originaria (humanitas común) como a su hacerse progresivo según los varios niveles constitutivos de su ser.

Remite a factores irrenunciables, pero cuyo contenido normativo solo puede codificarse cada vez de nuevo en el contexto concreto de una cultura, que es también parte integrante de la naturaleza del hombre.

¿Es aceptable el tratamiento prepuberal?

Esta es una fase del desarrollo en que la identidad es aún fluctuante. La identidad queda definida tras la exposición a las hormonas de la pubertad. Las disforias de género prepuberales disminuyen o desaparecen en 80-95%.

Hay dudosa competencia para tomar decisiones autónomas (inestabilidad, falta de previsión de consecuencias).

No es posible dar un consentimiento válido a una supresión hormonal de riesgos parcialmente impredecibles, pero el “abstenerse” no es una opción neutra, ya que la intervención precoz permite una mejor evolución futura.

Por otro lado, se debe considerar la asignación de recursos (cobertura del tratamiento en los servicios públicos y privados de salud).

Momento del proceso en que es procedente o conveniente el cambio de sexo legal. Protección de la decisión autónoma de terceros.

REFERENCIAS

- 1.- Green R, Rebeas CW, Williams K, Goodman M, Mixon A. Specific crossgender behavior in boyhood and latter homosexual orientation. Br J Psychiatr, 1987.
- 2.- Cohen-Kettenis P., Fafflin F. The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents Adults, Arch Sex Behav (2010), 39; 499-513.
- 3.- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3º th ed., text rev., Washington DC: Author.
- 4.- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4º th ed., text rev., Washington DC: Author.
- 5.- Weitze C, Osburg S (1998). Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals act during its firsts ten years. International Journal of Transgendeism (online): <http://www.Symposiom.com>

6.- Johnson TW, Brett MA, Roberts LF. Wassersug RJ Eunuchs in contemporary society: Characterizing men who are voluntarily castrated (part I). *Journal of sexual medicine* (2007), 4, 930-945.

7.- Zucker KJ, Bradley SJ. *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*, New York. The Guilford Press, 1995.

COMENTARIO SOBRE LA PINTURA DE LA PORTADA



Louis William Wain (Londres, 5 de agosto de 1860 – St Albans, 4 de julio de 1939) fue un artista inglés, conocido por sus gatos antropomórficos que salían regularmente en distintas revistas de habla inglesa, representando escenas campestres y cotidianas de la sociedad londinense.

Cuando revisamos su trayectoria, incluyendo su paso por *Illustrated Sporting and Dramatic News* e *Illustrated London News*, desde que dejó la docencia, lejano a sus tempranos veinte años, a los que partió dejando a sus hermanas y madre de manera súbita, luego del fallecimiento de su padre, vemos un tránsito desde experiencias cotidianas habituales a otras teñidas por un humor sombrío y lleno de desconfianza, hasta escenas pleomórficas y caleidoscópicas, incluso caóticas, especialmente las del final de su vida. Este camino mienta una estructuración distinta, progresiva, que se va consolidando hasta establecer un nuevo modo, un mundo distinto, rico y vivo pero paralelo y lejano de las experiencias compartidas y propias, característico de las psicosis crónicas de tipo esquizofrénicas, en la cual, desde un origen profundo y secreto, emergen contenidos fragmentados de un yo anterior. Es difícil establecer hechos a la distancia, especialmente en disciplinas como la psicopatología en la cual la observación directa, la relación que establece el individuo con el lenguaje y su propia vivencia son fundamentales, pero nos recuerda a los clásicos cuando establecían de un modo creativo y rico, patografías de personalidades históricas del área de las ciencias naturales y humanidades, siendo éstas muchas veces cuestionadas por su rigurosidad y estatuto de correlación y verdad. Las obras, un modo de cómo el hombre trasciende y construye mundo, son una forma, quizás no la definitiva pero no desechable, de cómo podemos crear un derrotero para aproximarnos al misterio de lo humano.

Jonathan Véliz U.

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 inéditos, 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. Deben remitirse tres copias del trabajo en su versión definitiva, dos en forma impresa y una registrada mediante computador en un CD o formato electrónico vía email: jmedel@redclinicauchile.cl, usando programa Word Perfect o Word para PC o Macintosh. Se solicita a los autores conservar copia de su trabajo. La forma impresa debe tener el siguiente formato: papel blanco, tamaño carta, hojas numeradas en su borde inferior derecho, sin membretes, escrito solo por un lado, 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 y a las solicitudes de separatas, la conformidad de autores y coautores de los contenidos y presentación del artículo.
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 deben 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 si los procedimientos respetaron las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (1975), modificadas en 1983, y si 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 lo son en números arábigos y texto en su borde superior. Deben enviarse en dos copias, escribiendo al reverso el nombre del trabajo.

Las tablas y figuras deberán tener un título claro y conciso. Las fotografías que se envíen a color deben ser preferentemente diapositivas.

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. En el texto, 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>

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

Antes de enviar el manuscrito

Antes de enviar el manuscrito, controle haber cumplido con los siguientes requisitos:

Hoja de título

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

Resumen

- Controle que no tenga más de 200 palabras.
- No utilizar abreviaturas.

Resumen en inglés

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

Cita correcta de la bibliografía

- ¿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?

Guía de autoevaluación de exigencias para los manuscritos

1. Este trabajo es original e inédito (salvo resúmenes de congresos) y no se enviará a otras revistas mientras se espera la decisión del comité editorial de esta revista.
2. El texto está escrito a doble espacio, en tamaño carta, letra Times New Roman de 12 puntos, margen 2,5 cm en todos sus bordes.
3. Se respeta el límite máximo de longitud de 15 páginas.
4. Tiene título en español y en inglés.
5. Tiene un resumen “estructurado” en inglés y en español, de no más de 250 palabras, con palabras clave y key words.
6. Las citas bibliográficas no sobrepasan las 50 y están de acuerdo al formato exigido por la revista. Se citan por orden de aparición en el texto.
7. Las tablas y figuras están en hojas aparte, las figuras tienen identificación y marca de orientación al dorso y lecturas en hojas ad hoc, la calidad es buena y permite la necesaria reducción en la imprenta.

Se adjuntan 3 ejemplares de cada una.

8. Si se reproducen tablas o figuras de otras publicaciones, se acompañan con la autorización escrita de los autores para su reproducción.
9. Se indican números telefónicos, fax y correo electrónico del autor.
10. Los autores declaran eventuales conflictos de intereses (relación laboral, recibir recursos económicos) por instituciones que pudiesen ser afectadas por conclusiones del artículo.
11. No tiene conflicto de intereses.

