



UNIVERSIDAD ALBERTO HURTADO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

Magister en Filosofía de la Mente, del Lenguaje y la Cognición

Acercamiento filosófico al trastorno por estrés  
postraumático (TEPT): crítica al reduccionismo.

Alumna: María Cecilia Solar Hormazábal.

Profesor guía: Doctor Juan Carlos García Verdugo.

Santiago, 22 de Diciembre 2017.

*Al respecto de lo que significa en general sano y enfermo, el médico es el que menos se rompe la cabeza. (...).Lo que es enfermo en general, depende menos del juicio de los médicos que del juicio del paciente y de las aprehensiones dominantes del círculo cultural eventual (Jaspers, 1977, p.886).*

### **Introducción:**

Esta tesis motiva el interés de la filosofía y de la psiquiatría en el sentido de propiciar un análisis perspicaz de un fenómeno muy central en las teorías de la enfermedad psiquiátrica y muy popularizada en estos días. La presencia de eventos o acontecimientos estresantes durante el curso de la vida tiene implicaciones importantes en la salud física y emocional de las personas (Thabrew, de Sylva, Romans, 2012). Más del 70 % de los adultos en el mundo experimentan en algún momento un evento traumático en sus vidas y el 31% experimentan cuatro o más (Benjet, Bromet, Karam, 2016). Diariamente las noticias informan de violencia, lesiones y muerte. El terremoto en México, el huracán Irma o los atentados terroristas en Europa han dejado importantes grupos de la población afectados tanto en la esfera material, física como en la mental. Esto ha llevado en el último tiempo a conferirle una mayor relevancia a la problemática del llamado estrés postraumático. Sin embargo, esto a la vez nos invita a poner en cuestión si existe una enfermedad mental tal como el referido estrés postraumático.

En el proceso histórico que se desarrolla desde el siglo XIX y se completa en el siglo XX, se fue instalando la especialización de diversos saberes. Por un lado, se produce la emancipación de diferentes disciplinas que en su origen eran parte de la filosofía. Se puede entender que estas diferentes disciplinas, a saber, psicología, antropología, sociología, menguaron el dialogo fluido con la medicina que existía en etapas precedentes.

Continuando el camino trazado por los alienistas<sup>1</sup>, surge la psiquiatría como una especialidad. En la actualidad, se puede reconocer que esta se subdivide a su vez en especialidades, una de las cuales es la denominada psiquiatría biológica que toma como ciencias progenitoras la neurociencia, la genética y la psicofarmacología. Como puede verse la distancia entre psiquiatría y filosofía ha ido creciendo cada vez más. Proponemos en esta tesis, enmendar el rumbo y retornar a la perspectiva filosófica.

*“No sólo lleva el empirismo ingenuo a los límites auténticos en el que se inicia el filosofar, sino que también, al contrario, sólo una conciencia filosófica hace posible la actitud investigadora empírica de confianza”*

(Jaspers, 1977, p.66).

Este autor nos invita a una clase de certeza que no es reduccionista, sino que es de otro tipo consistente en un cerciorarse de como entra en juego la esencia entera del hombre. Hemos seleccionado el trauma psíquico debido a que se encuentra presente de diversas formas y se le atribuyen relaciones y enlaces al interior de las diversas esferas de los procesos de salud-enfermedad, tales como: factor predisponente, factor desencadenante, causa y efecto de los trastornos mentales e incluso comorbilidad y sinergia de otras patologías. Esta reflexión nos pone en cuestión el sentido de la existencia del hombre. Examinar las conceptualizaciones que subyacen hasta el establecimiento del estrés postraumático, puede permitirnos cuestionar y contribuir a clarificar si debemos considerar o no, el estrés postraumático una enfermedad mental. Es decir, una cosa es que el TEPT<sup>2</sup> exista como un fenómeno físico o un fenómeno psíquico, y otra cosa es que el TEPT exista como una enfermedad mental o no. La primera distinción es de naturaleza ontológica (metafísica), la segunda distinción es de naturaleza médica.

Estructuramos la presente tesis en una introducción, dos capítulos y conclusiones. La introducción se divide a su vez en tres partes: I. La historia del trauma, II. Las

---

<sup>1</sup> En 1880 surgen dos escuelas en La Salpêtrière: escuela de los alienistas iniciada con Pinel y escuela neurológica creación de Charcot. El recinto estaba emplazado en la periferia de Paris (extramuros) y fue creada con motivo del “gran encierro” por orden de Luis XIV (Pichot, 1983, p.11-24).

<sup>2</sup> En adelante se aplicará la abreviación TEPT para referir al trastorno por estrés postraumático.

clasificaciones y III. Modelo biológico. La parte I se ha subdividido en base al entorno que ha marcado el desarrollo de dicha conceptualización, se hace referencia en primer lugar al contexto europeo y en la segunda parte, al contexto bélico y norteamericano, En la parte II las clasificaciones para el desorden mental, ahondamos en la terminología hegemónica utilizada y en III presentamos el modelo dominante de la psiquiatría actual, llamado tecnológico biologicista y finalmente la introducción finaliza con una breve síntesis de este paradigma científico. Posteriormente, en el capítulo 1 presentamos el análisis filosófico del desorden mental llevado a cabo por George Graham. Su tesis incorpora una visión realista, compleja, ética y de sentido común del desorden mental. El principal propósito de exponer su teoría es establecer en términos conceptuales la naturaleza de todo desorden mental y de este modo determinar si el trastorno por estrés postraumático puede ser considerado tal. En el capítulo 2 se presentan los fundamentos para una crítica del diagnóstico de estrés postraumático. Se divide en ocho partes que son: tsunami de la patología mental, la salud mental, el estado ontológico, el contexto y la cultura, la medicalización y finalmente desde el individualismo a la resiliencia social. La última parte de este trabajo presenta las conclusiones.

#### I. Historia del Trauma:

Los primeros relatos acerca de este tema provienen de la Grecia clásica. Hipócrates hace referencia a la existencia de pesadillas en soldados sobrevivientes. En un tratado de historia del año 440 AC Herodoto se refiere a los síntomas mentales crónicos causados por un susto repentino sufrido en batalla (batalla de Maratón). También resulta interesante la descripción que hace Philippe Pinel (1745-1826) de los síntomas experimentados por el filósofo Blas Pascal tras sufrir un accidente en su carruaje: Él estuvo a punto de ahogarse al caer al río Sena. Pascal vivió ocho años más y se mantuvieron las pesadillas cuyo contenido era el siguiente: al lado izquierdo de su cama había un precipicio, por lo que cada noche colocaba una silla a ese lado de la cama para evitar caerse. Tomando en cuenta los síntomas experimentados por los soldados y el efecto provocado por algunos hechos traumáticos en la población civil, P. Pinel describió la *neurosis cardiorrespiratoria* y los estados postraumáticos estuporosos que denominó *idiotismo*<sup>3</sup> (Crock ,2000).

---

<sup>3</sup> En 1798 escribió *Nosographie philosophique* (o *Méthode appliquée à la médecine*).

En la primera revolución industrial, la aparición de los ferrocarriles se acompañó de algunos accidentes graves y en los sobrevivientes aparecieron síntomas psicológicos. El médico alemán Hermann Oppenheim (1858-1919) acuñó por primera vez el término *neurosis traumática* (Holdorff, 2011); Él defendía una teoría orgánica, según la cual los síntomas eran causados por lesiones microscópicas en la espina dorsal o cerebro. En oposición a este autor, algunos discípulos de Charcot postularon que los síntomas se debían al shock emocional y tenían características histéricas. De este modo, se inició una controversia en la explicación de los síntomas del TEPT oponiendo una aproximación biológica con otra psicológica. La historia siguió rutas muy diferentes en Europa y Estados Unidos. Resulta necesario revisar cómo emerge esta entidad repasando los contextos históricos y políticos implicados.

## **A. El contexto europeo**

La Salpêtrière era un asilo que albergaba a vagabundos en París. Fue el centro que favoreció las investigaciones que llevó a cabo Briquet (1859) y que posteriormente Jean Marie Charcot elevó a un carácter científico. Charcot da a conocer el cuadro de *Le Grand Neurosis* en sus encuentros semanales. En ellas, se encuentran presentes Sigmund Freud y Pierre Janet. Posteriormente en 1890 ambos llegan de manera independiente a conclusiones similares: que la histeria era causada por un trauma psicológico de características intolerables para el psiquismo.

### **1. Sigmund Freud: teoría del trauma como núcleo del recuerdo.**

En la primera etapa del psicoanálisis Freud atribuyó el origen de las neurosis a experiencias traumáticas pertenecientes al pasado. El término trauma incluía tanto la noción de herida, como la noción de los efectos por el trauma provocados en el organismo en su totalidad. Además, el trauma se refería a una situación específica en la biografía del paciente, quien no podía integrar este hecho en forma consciente a la experiencia vivida. La memoria traumática se constituía en un "cuerpo extraño" que se mantenía a lo largo del tiempo afectando al paciente. En los años siguientes, Freud se centró más en las fantasías

que en los traumas de la vida real, esto le significó ser criticado por S. Ferenczi<sup>4</sup>. Afirma Freud:

*“El núcleo del ataque histérico, cualquiera que sea la forma en que se manifieste es un recuerdo, la revivencia alucinatoria de una escena significativa para la contracción de la enfermedad (...)  
El contenido del recuerdo es, por lo general, el trauma psíquico, apto, por su intensidad, para provocar el estallido histérico en el enfermo”*  
(Freud, 2008 vol.I, p.171).

Aquí se considera a la neurosis como una enfermedad del sistema nervioso central, entendiéndose que el enfermo reacciona a una fuente interna de excitación. Hace referencia al trauma como núcleo del recuerdo y ubica en la memoria la posibilidad de sostener una inscripción que permanece en el aparato psíquico y produce efectos. Así mismo afirma:

*“El campo de la actividad psíquica representadora no coincide, ..., con el de la conciencia potencial; éste es más limitado que aquel. La actividad psíquica representadora se divide en consciente e inconsciente y las representaciones en aquellas susceptibles e insusceptibles de conciencia. No podemos, entonces, hablar de una escisión de conciencia, pero sí de una escisión de la psique”* (Freud, 2008 vol. II. p. 235).

Podemos decir que este autor nos propone una explicación para el tema de la causalidad psíquica de los procesos mentales y señala los mecanismos internos con los cuales el sujeto procesa el trauma. En su concepción dinámica reconoce la existencia de

---

<sup>4</sup> Sandor Ferenczi (1873-1933), psicoanalista autor de varias obras entre las que destaca ‘‘Confusión de lenguas’’ (1933) y ‘‘El Diario Clínico’’ (1988) (que no fue publicado sino hasta 50 años después de su muerte), defendió una visión bifásica de la naturaleza del trauma, es decir, que tiene dos momentos: el primero cuando acontece lo traumático y el segundo cuando acontece la desconfirmación por el otro. De ahí en adelante, se consolida el trauma. Este mecanismo bifásico opera del siguiente modo: La primera fase es la real presión del adulto sobre el niño, digamos sexualmente, directa o indirectamente, empleando un lenguaje de pasión en una situación donde el niño entiende y espera el lenguaje de la ternura. En la segunda fase, el niño ahora confundido y dañado, se vuelve hacia el adulto para obtener reconocimiento, explicación y consuelo; el adulto, por el contrario, evita la culpa al desmentir sus acciones abandonando, por tanto, al niño a un estado de indefensión emocional y de inquietud sexual (Ferenczi, 1981, p.144).

una barrera protectora de la psiquis que está conformada por descargas emocionales periódicas a las que en un segundo momento se agregan procesos asociativos a los que el individuo puede echar mano a la hora de internalizar los eventos potencialmente traumáticos. Freud concibe la condición psíquica postraumática como una impronta particular, única e irrepetible en el sujeto. Su explicación del psiquismo puede parecer determinista, pero lo que más bien pretende decir es que todos los fenómenos psíquicos no son fenómenos que ocurran por azar, arbitrariamente. En el capítulo 2, vamos a retomar la teoría de Freud.

## **2. Pierre Janet: Disociación, automatismo psicológico y una teoría de la conducta.**

Afirma Janet:

*“Los famosos moralistas de antaño llamaron la atención sobre la manera en que ciertos sucesos dejarían recuerdos indelebles y angustiosos, recuerdos a los que el enfermo regresaba continuamente y por los que era atormentado día y noche” (Janet,1925 , p.589).*

Janet transforma la doble conciencia histérica en personalidades múltiples. En su teoría, la amnesia no responde a la represión freudiana, sino a una desintegración mental y mantiene desacuerdo con las doctrinas psicoanalíticas de Freud, en particular en lo que concierne al simbolismo de los sueños y el origen sexual de las neurosis.

Este filósofo, sin ser médico, inició las experimentaciones psicológicas investigando el caso de la Señorita B., una joven que caía en estado hipnótico (o sonámbulo) repetidamente y de manera espontánea. Su primer estudio importante quedó plasmado en la tesis doctoral *L'Automatisme Psychologique* (1889) y le siguen muchos otros que van a consolidar su teoría. Janet comenzó a crear sistemas jerárquicos cada vez más complejos para explicar el funcionamiento mental. La minuciosa descripción de casos individuales de locura gradualmente le cedió paso al razonamiento hipotético, especulativo, respecto a la evolución de la mente y la psicología de la conducta. Pero el asidero de esas ideas más o menos especulativas fue el vasto conocimiento que Janet tenía sobre la historia clínica de pacientes a quienes siguió durante años. En su modelo, los sentimientos eran

estados mentales secundarios y sólo servían para guiar la expresión y la determinación de la conducta. Su eficiencia dependía del nivel de energía (forcé) y de la capacidad integradora (tension). La energía exagerada o la integración disminuida llevaban a una falla de los sentimientos y a la liberación de conductas primitivas. (Berrios, 2008, p.342).

*“El individuo, cuando es vencido por las emociones vehementes, no es él mismo... He demostrado en numerosas ocasiones que las características que se han adquirido por la educación y el desarrollo moral pueden sufrir un cambio completo bajo la influencia de la emoción”* (Janet, 1930 Vol. I p. 1607).<sup>5</sup>

P. Janet asume que una debilidad psicológica permitiría que operen estas emociones vehementes. En el acontecimiento traumático la experiencia agobiadora no se lograría integrar; de ese modo se constituiría la disociación de la conciencia y la falta de control de la voluntad (van der Hart, 1999), (van der Kolk, 1989).

Este autor demostró en su extensa obra tener una profunda comprensión de la compleja naturaleza de la personalidad, hoy en día es el autor más referido y considerado por los psiquiatras que se dedican a trauma psíquico. Él nos propone una perspectiva biológica en que el trastorno mental es una enfermedad y al mismo tiempo nos propone que la personalidad es inducida por la sociedad. Podemos decir que Janet no mostraba inclinación alguna por atribuir esa totalidad compleja a factores genéticos o a procesos cerebrales, porque no consideraba que sirviera de algo introducir “fantasías fisiológicas que tienen menos poesía sin por eso ser más valederas” (Janet, 1888, p.278).

P. Janet abandona la división mente/cuerpo de Descartes y lo transforma en síntomas positivos (tormenta de movimiento) y síntomas negativos (bloqueo y amnesia), las alteraciones psicopatológicas se producen porque existen anormalidades biológicas subyacentes (debilidad mental innata que afecta la voluntad y la motivación). Describe en la reacción postraumática una interacción entre afecto y memoria, se separan los recuerdos

---

<sup>5</sup> Citado por Daniel Baldwin's Trauma Information Pages

de la conciencia (fobia al recuerdo), se interfiere el correcto procesamiento de la información y se altera el almacenamiento de éste en recuerdo narrativo.

### **3. Karl Jaspers. La filosofía de la existencia, la situación límite y el método fenomenológico.**

K. Jaspers cuestionó los criterios de diagnóstico y los métodos clínicos que se empleaban en su época, de ese modo señaló el camino para una nueva psiquiatría<sup>6</sup>, introduce en psicopatología el método fenomenológico, el método comprensivo y el pensamiento dialéctico. Su extensa obra plantea que el estudio del ser psíquico requiere de una psicología explicativa, una psicología comprensiva y una descripción de la existencia. Este último no lo considera un conocimiento científico sino, antropofilosófico. Es decir, Jaspers encontró en la filosofía el método que podía proporcionar información acerca de esta dimensión específicamente humana (*Existanz* y libertad).

Jaspers define la psicopatología como una ciencia empírica de hechos reales que se dan aquí y ahora, es decir que provee de un método para mediar entre la neurofisiología y la experiencia: el método fenomenológico que busca hacer presente (*Vergegenwärtigung*) aquello que sucede al interior del enfermo, lo que auténticamente éste vivencia. Para Jaspers este procedimiento empírico surge de lo que los enfermos comunican, de la experiencia descrita por ellos mediante formulaciones y comparaciones contrastantes, la exhibición del parentesco de los fenómenos, su ordenamiento en series y sus transiciones. Se debe buscar la imparcialidad en la contemplación del fenómeno y ponerlo en los términos que el paciente lo expresa. Tenemos entonces una distinción entre 1) psicopatología subjetiva y 2) psicopatología objetiva.

*“La vibración de la propia alma al unísono con los acontecimientos de la ajena exige del investigador pensar y examinar tal experiencia. Ser*

---

<sup>6</sup> Psicopatología descriptiva: Subdisciplina médica desarrollada durante fines del siglo XVIII, estaba basada en la semiología e influenciada en sí misma por la teoría lingüística de los signos. Universalmente se ha usado este lenguaje para designar los síntomas de la enfermedad mental; y este consta de un vocabulario, una sintaxis, conjeturas sobre la naturaleza de la conducta y algunas reglas de aplicación (Berríos, 2011, p.155).

*impresionado no es conocimiento, sino fuente de intuiciones, que ofrece al conocimiento el material indispensable. Examen frío e impresionabilidad son indispensables y no se oponen. La observación fría sola no percibe nada esencial. Sólo ambas en conexión recíproca pueden conducir al conocimiento. El psicopatólogo, que realmente ve, es un alma vibrante que permanentemente se adueña de lo experimentado, a lo cual da forma racional” (Jaspers, 1977, p.38).*

Entre los innumerables conceptos que K. Jaspers trabajó, nos interesa el de “situación límite” (Grenzerfahrung). En un primer momento Jaspers se refiere al modelo de estímulo-reacción y especifica que la conciencia se encuentra frente al mundo y es afectada por el mundo, provocando en cada caso una reacción: reacción yo/mundo, sujeto /objeto, conciencia /situación. En 1932 elabora una nueva concepción en su libro *Psicología de las concepciones del mundo*. En esa obra expone sus ideas acerca del sufrimiento y se aleja del modelo estímulo-reacción. Este filósofo alemán parece estar siempre mirando hacia el lugar en el que habitan los otros, aquellos que nos hacen parte de sus vidas y que hacen intersección con la nuestra. No obstante, ese “alrededor” es aún mucho más amplio e indescriptible y sólo puede ser mirado de reojo, pues se trata de un alrededor trascendente que nos envuelve como un manto de sentido, denominado por él lo “circunvalante” (das Umgreifende): aquello que contiene y acoge al ser humano y al mundo.

En relación con el concepto de situación límite, Jaspers constata que el sujeto participa tanto en la creación como en la superación de esta situación. La noción de Jaspers acerca del *movimiento a través de una situación límite*, tiene implicaciones para la psiquiatría. La inevitabilidad del sufrimiento en la *situación límite*, es una precondition para las posibilidades (*Existanz*) que despierta. Es posible alcanzar la aclaración de la existencia pero no un conocimiento objetivo de la misma. La mirada de un filósofo como investigador de la dimensión específicamente humana que es la Existenz, no puede desligarse de su objeto de investigación, como también debe partir de él para investigar.

*“La existencia significa estar en situación, nunca puedo salir de una sin entrar en otra. Cualquier comprensión de las situaciones*

*entraña que procedo a transformarlas; esto no significa que yo pudiese cambiar mi condición en sí misma. No hay nada que yo pueda hacer acerca de mi existencia en situación. Las consecuencias de lo que yo haga me enfrentarán a una nueva situación, la cual yo he ayudado a sobrevenir”* (Jaspers, 1970, p.178).

A raíz de esta referencia podemos afirmar que la situación no es un momento particular de la existencia de un sujeto, sino que forma la propia estructura de la existencia. Podemos reafirmar la importancia que otorga el autor a estar situados en el mundo y a la existencia situada. Las situaciones que pertenecen al plano de la *Existens* son llamadas por Jaspers “situaciones- límite”. Estas cambian tan sólo en su modo de manifestarse, ya que tienen el carácter de situaciones definitivas, es decir son permanentes e inherentes a la existencia misma. Las “situaciones –límite” son situaciones y a la vez límites de la propia existencia.

*“Así, la inconclusividad de Existenz se convierte en la piedra de tope de cualquier filosofía de Existenz: el pensamiento de tal filosofía es un aflojamiento incesante, una apertura de la mente a la experiencia de mi propio ser en la búsqueda de mi trascendencia”* (Jaspers, 1969, p. 67).

La situación límite refiere a una situación última que deviene en la demolición del significado y de las estructuras de valor interiorizadas y, en la amenaza existencial a la supervivencia física. Estamos incrustados en una realidad siempre cambiante que exige nuestra respuesta e interacción. *“Una realidad en relación con los sentidos ni psicológica ni física, sino ambas en una”* (Jaspers, 1970, p.177).

Este autor identifica cuatro tipos específicos de situaciones límite: muerte, sufrimiento, lucha y culpa. La angustia de la muerte puede asumir la forma de la angustia consciente que instala al hombre en la claridad de la propia finitud y la angustia evasiva y desesperada que surge del espanto ante el no ser. Acerca del sufrimiento *“cada cual tiene que soportar y cumplir el dolor que le toca. Nadie puede sustraerse de él”* (Jaspers, 1970, p.203). La lucha no tiene lugar únicamente en las relaciones de los seres entre sí, sino también en el individuo mismo. La culpa no es entendida en un mero contexto moral

corriente, sino ante todo a través de un concepto ontológico más amplio, es decir, como algo inevitable y por lo tanto inherente a la vida.

*“Las dos primeras existen para mí sin ninguna acción de parte mía y las dos últimas yo contribuyo a producirlas. No hay manera de que yo pudiera evitarlas, en tanto que meramente por existir tomo parte en su constitución”* (Jaspers, 1970, p. 204).

Este autor nos propone entonces ir más allá de un ser incrustado en el cuerpo y situado en el mundo, encontrando que desde el lugar del límite, el yo no es equivalente con la objetividad, el ser humano no es objetividad sino existencia. La situación límite sería, entonces, un punto desde el cual cambia radicalmente la existencia.

## **B. El contexto bélico y norteamericano:**

La Asociación Americana de Psiquiatría, acuñó el término TEPT en 1980. Este diagnóstico TEPT se encuentra frecuentemente asociado al desastre de la guerra de Vietnam y sus consecuencias. Los conflictos bélicos anteriores dieron lugar a la aparición de términos, como: 1) "el corazón del soldado", 2) "Shock del bombardeo" y 3) "neurosis de guerra"(Corzo ,2009).

- 1) La primera descripción fue hecha durante la Guerra Civil estadounidense (Guerra de secesión). Tanto los soldados caídos en combate como los allegados de la tropa manifestaban un síndrome particular que consistía en debilidad generalizada, palpitaciones, taquicardia, sudoración y fatiga física. Se creía que era principalmente de etiología cardioneurológica. Jacob da Costa escribe en 1871 su artículo *On irritableHeart*. El trastorno se llamó “síndrome de da Costa”, “neurastenia circulatoria” , “corazón irritable”, “corazón de soldado”. Más tarde durante la primera guerra Mundial se dan a conocer casos similares. (Vilarinho ,2014)
- 2) En la revista Lancet del año 1915 se publica en detalle tres casos de "shock de bombardeo". En los tres casos se examinaron los compromisos sensoriales, los parámetros funcionales de memoria y motilidad. Se analiza la evolución tras el tratamiento de hipnosis. El autor concluía que el déficit del cuadro parecía ser derivado del ruido de las bombas que estallaron dispersando el polvo, pero no se

lograba explicar por qué la audición no se veía afectada. Los sentidos disociados fueron la vista, el olfato, el gusto y además de la memoria. El autor constata la cercanía de este cuadro con la histeria (Myers, 1915). Este diagnóstico fue erróneamente utilizado para justificar el alto número de deserciones de conscriptos en los campos de batalla y muchos de los afectados fueron tildados de cobardes o desertores, siendo ejecutados más de 300 británicos por dicho motivo. (Crocq, 2000), (Sheffield, 2014).

- 3) En 1941, durante la Segunda Guerra Mundial, Abraham Kardiner escribió su libro *The Traumatic Neurosis of War*. En esta obra desarrolló las líneas maestras del síndrome traumático tal y como lo comprendemos hoy. Allí logra descripciones clínicas muy precisas como la presencia de hipervigilancia permanente o la sensibilidad aumentada ante los estímulos ambientales (similar a la que se presentaba en el campo de combate). Describe como esta sintomatología permanecía durante el proceso de reorganización emocional, estableciéndose en muchas ocasiones de forma crónica. Incluyó, así mismo, los síntomas de amnesia. Kardiner, junto a Herbert Spiegel, desarrollaron tratamientos para integrar las experiencias traumáticas y reconocieron que se trataban de formas de histeria; sin embargo, Kardiner rehusó utilizar el término por considerarlo peyorativo. (Kardiner 1947 p.406)

En 1970, surge la primera organización que se opone a una guerra (Vietnam Veterans Against the War). Esta agrupación comenzó a buscar ayuda psicológica fuera de los ámbitos oficiales. En poco tiempo, los jóvenes psiquiatras Chaim Shatam y Robert Lifton lograron desarrollar un fuerte movimiento basado en lo que se denominó “rap groups”, los cuales estaban integrados por veteranos de guerra; la existencia de estos grupos sirvió para tomar conciencia de las secuelas de la guerra. En 1978, Charles Figley, veterano de Vietnam e investigador sobre el tema, publicó el primer libro de esta nueva era en el estudio del Trauma: *Stress disorders among Vietnam veterans*. En esta obra se delinean las características principales de lo que luego se conocería como TEPT. La legitimidad moral del movimiento pacifista y la experiencia nacional de derrota hicieron posible reconocer el trauma psicológico como un legado duradero e inevitable de la guerra. Aun ahora hay quienes dicen en Estados Unidos que el TEPT fue aceptado como entidad diagnóstica real y

autónoma, solamente para satisfacer la enorme y ruidosa demanda de atención médica y además como medida de presión a compañías de seguros renuentes a pagar por el tratamiento de una condición que era hasta entonces, meramente un síntoma psicológico (Alarcón ,2002).

## **II Evolución de las clasificaciones:**

Las clasificaciones dotan a los psiquiatras de un marco y lenguaje común, ayudan a ordenar las prioridades y a avanzar en el conocimiento de esas enfermedades. Para ello se debe tener en cuenta no sólo la conducta descrita, sino el término que se usa para su descripción y el concepto teórico que esconde. En las primeras clasificaciones, los trastornos mentales son considerados como alteraciones corporales en función de la teoría humoral. La nosografía Hipócrates de Cos incluye la manía, la melancolía, la histeria y la enfermedad de los escitas. (Vallejo, 2003, p.5590). A partir de 1893, tiene vigencia el manual de enfermedades más empleado en la actualidad, el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud). Las discusiones y acuerdos para la construcción de cada nueva clasificación son parte de la historia epistemológica de la medicina mental (Caponi ,2012).En la actualidad, los trastornos mentales están incluidos en el Capítulo V (F) de la CIE-10 y tiene 100 categorías. El otro sistema oficial, que ha prevalecido, ha sido el de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). La primera edición del APA Diagnostic and Statistical Manual (DSM-I) la primera edición fue publicada en 1952.Esta tiene una inspiración freudiana y le otorga mucha importancia al concepto de reacción de Meyer. En 1965 este sistema oficial es sustituido por el DSM-II, que disponía de un glosario y estaba basado en el ICD-8. Lo problemático del marco psicoanalítico es que sólo permitía estudios de casos. En 1980 la APA edita el (DSMIII), basada en el estudio de 12.667 pacientes (ensayos de campo) evaluados por 550 psiquiatras clínicos (212 centros diferentes).Destaca por el diagnóstico multiaxial (eje I: síndromes psiquiátricos; eje II :trastornos de la personalidad y desarrollo; eje III: trastornos físicos; eje IV: estrés psicosocial, y eje V: nivel más alto de adaptación en el último año).Renuncia a la diferenciación “psicosis frente a neurosis” e introduce el uso de criterios

diagnósticos de inclusión y exclusión. El DSMV en uso, suprime lo multiaxial (ejes) en un esfuerzo por separar los conceptos de trastorno mental y estado de discapacidad<sup>7</sup>.

El caso del trastorno de estrés pos-traumático dentro del DSM, se dio de la siguiente forma: El DSM-I lo incluyó dentro de la categoría "gran reacción de estrés ", siendo considerado uno de los desórdenes transitorios de la personalidad. Esta categoría requería que el individuo hubiese estado expuesto a demandas físicas severas o estrés emocional extremo como en combate o en una catástrofe civil. En el DSM-II se eliminó el término estrés y se presentó dentro de las "reacciones de ajuste de la vida adulta "; se enfatizan tres tipos de desencadenantes: producto de un embarazo no deseado a causa de abuso sexual, reacción de un soldado aterrorizado y de un presidiario sentenciado a pena de muerte. El DSM-III restablece la categoría para el estrés extremo, define el (TEPT) como una entidad diagnóstica independiente, que forma parte de los desórdenes de ansiedad. En esta categoría, se evitó el listado de tipos específicos de traumas calificados y en su lugar se pide "la existencia de un estresor reconocible que evoque síntomas significativos en casi todos". En 1987, el DSM-III-R, basado fundamentalmente en las investigaciones con víctimas de trauma, concluyó que el evento traumático no era un estresor cotidiano. De esta manera, fueron consideradas como síntomas principales del TEPT los siguientes: reacciones evitativas de pensamientos o sentimientos relacionados al evento, la presencia de amnesia psicógena, así como la pérdida del interés por las cosas y las relaciones y la dificultad o incapacidad para expresar el amor y vivir la sexualidad. En retrospectiva, este constructo ha sido juzgado por algunos investigadores como "vago, inexacto y poco confiable" (First, 2002, p.253). La forma de definir el trauma es problemática, porque no está de hecho claro qué factores estresantes severos necesitan "evocar síntomas en casi todos" (debido a las diferencias individuales). Por otro lado, el hecho de que "casi todos" estarían angustiados no distingue la normalidad del desorden. El DSM-IV (1994) ,da importancia a la naturaleza del trauma , define explícitamente los eventos que califican como trauma, describe los factores de estrés como "fuera del alcance de la experiencia

---

<sup>7</sup> Se puede revisar una propuesta distinta: Los desórdenes mentales están relacionados conceptualmente con una recesión o constricción o declinación en el funcionamiento social (Kenneth, 2017, p.12).

humana normal” y diferencia el estrés postraumático del concepto de estrés agudo asimilándose a la descripción del CIE-10 de 1992. El problema es que el DSM IV expande el modo de exposición (es decir, experimentado, atestiguado o confrontado). En la última versión DSM-V, el TEPT adquiere una categoría propia y no es clasificado dentro de los trastornos de ansiedad. Cuenta, en lugar de tres, con cuatro grupos de síntomas: reexperimentación, hiperactivación, evitación y alteraciones cognitivas/cambios en el estado de ánimo; y tiene criterios algo distintos para los menores de 7 años. Se agregan especificadores: disociativo y de expresión retardada. Por otra parte el ICD 11 de próxima revisión, contempla retener 6 síntomas específicos y eliminar aquellos compartidos con otros trastornos (Shevlin ,2017).

## **II. Paradigma científico biologicista:**

La llamada psiquiatría neurobiológica se inspira en el neopositivismo y el empirismo lógico ( Aragona ,2013) como su *hipótesis de trabajo*<sup>8</sup> para la investigación y el manejo de las condiciones psiquiátricas. Este enfoque tiene dos pilares centrales: 1) operacionalismo (delimitación de signos y síntomas "objetivos", con énfasis en la construcción de categorías de diagnóstico universal y homogéneo) y 2) reduccionismo biológico (inferencia de una correlación causal entre la esfera psíquica y el sustrato cerebral (Kendler, 2009,2012). Sobre esas bases, la psiquiatría convencional ha tenido la intención de afirmarse como parte legítima de la medicina y reclamando los plenos derechos propios de una especialidad médica.

Eric Kandel, al ser el primer psiquiatra galardonado con el Premio Nobel en medicina (año 2000), dio un nuevo impulso a este enfoque. Su investigación versó acerca de los mecanismos moleculares y los cambios sinápticos involucrados en el aprendizaje y la memoria. Kandel resume en cinco principios el pensamiento habitual de los biólogos acerca de la relación de la mente con el cerebro: I) "Todos los procesos mentales incluso los procesos psicológicos más complejos, derivan de operaciones del cerebro"; (II) "Los genes y los productos de sus proteínas son determinantes importantes del patrón de interconexiones entre las neuronas en el cerebro y los detalles de su funcionamiento"; (III)

---

<sup>8</sup> Expresión utilizada por Henry Ey (1969) referido por (Castilla,2007p.113)

"Los genes alterados no explican, por sí mismos, toda la varianza de una enfermedad mental grave dada"; (IV) "Las alteraciones inducidas en la expresión génica por el aprendizaje dan lugar a cambios en los patrones de las conexiones neuronales"; y (V) "En la medida en que la psicoterapia o la consejería son efectivas y producen cambios de largo plazo en la conducta, se presupone que lo hacen a través del aprendizaje, produciendo cambios en la expresión génica que altera la fuerza de las conexiones sinápticas y cambios estructurales que alteran el patrón anatómico de interconexiones entre las células nerviosas del cerebro." (Kandel, 1998), (Freidin, 2001).

De este modo, la *psiquiatría biológica* puede ser entendida como el intento de objetivar cuantitativamente los fenómenos biológicos subyacentes a la enfermedad mental, reduciéndola a datos cuya elaboración en forma de pruebas que buscan avalar los mecanismos etiopatogénicos subyacentes que sean válidos y fiables. El principio básico es el siguiente: los trastornos psiquiátricos son impulsados por anomalías en la función cerebral, las cuales a su vez, reflejan anomalías en los circuitos cerebrales subyacentes, es decir, en las conexiones del cerebro. Estas anomalías en los circuitos supuestamente reflejan una interacción compleja entre genes y ambiente. Esta orientación positivista implica las siguientes suposiciones.(a) Los problemas de salud mental surgen de mecanismos defectuosos o procesos de algún tipo, que implican alteraciones fisiológicas o eventos psicológicos que ocurren dentro del individuo.(b) Estos mecanismos o procesos pueden ser modelados en las condiciones causales. No dependen del contexto. (c) Las intervenciones tecnológicas son instrumentales y pueden ser diseñadas y estudiadas independientemente de las relaciones y valores. En el paradigma tecnológico, los problemas de salud mental pueden ser mapeados y categorizados con la misma lógica causal utilizada en el resto de la medicina, y nuestras intervenciones se pueden entender como una serie de tratamientos discretos dirigidos a síndromes o síntomas específicos como lo expone Nancy Andreasen cuyo argumento tiene la siguiente forma:

- (i) Las enfermedades somáticas (físicas) son un tipo de trastorno, y las enfermedades mentales son otro tipo de trastorno. Cada uno es una especie distinta de trastorno.
- (ii) Las enfermedades somáticas son enfermedades en el cuerpo. Para que un trastorno mental sea un tipo de trastorno distinto de las enfermedades físicas, debe ser un trastorno en una entidad no-física: la mente.

(iii) Sin embargo, ninguna cosa o entidad es no-física.

(iv) Por lo tanto, no existen (de manera distintiva) los trastornos mentales (Andreasen 1984, 2001, 2005).

A modo de síntesis, podemos señalar que en la década de los 90, ya se anunciaba que las nuevas metodologías científicas estaban en vías de completar la transformación de la psiquiatría en un campo de la “medicina molecular moderna” (Charney & Nestler, 2004, p.2) y es así como los defensores de la neuropsiquiatría enfatizan la necesidad de que la psiquiatría se ligue definitivamente a la investigación en neurociencia, genética y farmacología (Kapur, 2012). Andreasen por su parte, creyente en la neurociencia, plantea que la enfermedad mental sólo existe en cuanto entidad, si ésta puede reducirse a procesos físicos.

La Psiquiatría biologicista para la comprensión del trastorno por estrés postraumático (TEPT) ha centrado sus estudios en la regulación epigenética (Pitman, 2012), (Mehta, 2013), (Xian, 2000), los factores neuroendocrinos (Yehuda, 2001), los marcadores inflamatorios (Eraly, 2014), el riesgo autonómico y resiliencia, (Minassian, 2015) y los trastornos del sueño (Germain, 2013). Algunas de estas características biológicas constituyen factores de vulnerabilidad de pre-exposición (por ejemplo, un polimorfismo en el gen FKBP528 y la variabilidad en la frecuencia cardíaca, (Bradley, 2008), mientras que otros de los aspectos señalados podrían reflejar alteraciones inducidas por el mismo trauma, tales como: los cambios inmunes, la neuro-inflamación y la regulación post exposición epigenética. Es evidente la multiplicidad e interdependencia de las condiciones y factores señalados que no sólo contribuyen al estrés postraumático propiamente tal, sino que al conjunto de otras patologías y enfermedades. A pesar de lo anterior, para un conjunto de investigadores existe la promesa y convicción de que la investigación neurobiológica, a medida que incorpore nuevas tecnologías, será capaz de descifrar los mecanismos específicos fisiopatológicos y logrará generar los marcadores biológicos de cada etapa de la enfermedad. (Cuthbert, 2013), (McGorry, 2014).

## **Capítulo 1:**

### **El desorden mental. Análisis del trastorno por estrés postraumático desde la teoría del cerebro intacto.**

En este capítulo, vamos a examinar la argumentación seguida por George Graham, en la descripción de la composición conceptual: categoría-desorden mental, esto es, vamos a exhibir su elucidación de las condiciones necesarias que debe satisfacer algo para ser considerado un desorden mental. Nos parece aconsejable seguir este camino con el fin de lograr responder la pregunta acerca de si debemos o no considerar el estrés postraumático como una enfermedad mental (desorden mental). George Graham constata que la literatura sobre el trastorno mental adolece de explicación semántica y afirma que al hablar de enfermedad mental, el discurso se centra en la enfermedad y se deja desnudo el concepto de lo mental (Brülde, 2006).

El capítulo se divide en ocho secciones del siguiente modo: escenario del desorden mental, el desorden del trastorno mental, el realismo del desorden mental, la naturaleza de la enfermedad mental, crítica al escepticismo moral en el trastorno mental, normas y estándares para la enfermedad mental, teoría del trastorno mental (una conexión entre racionalidad e intencionalidad), tesis del cerebro intacto y resumen del análisis del estrés postraumático en la teoría del trastorno mental.

#### **Escenario del desorden mental** (Un diseño que tiene consecuencias):

La clasificación que despliega el concepto de estrés postraumático afecta a millones de personas en una variedad de formas y configuraciones muy diferentes. Hagamos el ejercicio de pensar como hace 10 años atrás o más, en que no se hablaba de Bulling en las escuelas. Incluso podemos ir más lejos, al tiempo de Kardiner y las neurosis traumáticas y reparar en lo que aconteció con un personaje como G. Patton. Este quedó inhabilitado por un año para ejercer su cargo como general, por el incidente de abofetear a un soldado en el Hospital de Sicilia. ¿Cambian las cosas si existe algo que se diagnostica como estrés postraumático? Tenemos que tener en cuenta que el diseño tiene sus consecuencias; sobre todo si estas son culturalmente nefastas.

La ratificación del trastorno de estrés postraumático como un trastorno psiquiátrico formal desencadenó una efusión de investigación sobre trauma y motivó la fundación de la Sociedad Internacional para estudios de estrés traumático y también el establecimiento de revistas académicas dedicadas al tema (por ejemplo, *Journal of Traumatic Stress*, lanzado en 1988). Si se revisan los avances científicos y las prácticas de los profesionales de la salud mental podemos constatar la especialización y los numerosos estudios destinados a avalar el tratamiento de este trastorno mental. Podemos citar el trabajo desarrollado por la American Psychological Association que reúne en un comité directivo asesor a varias prestigiosas universidades de Estados Unidos y corporaciones de investigación científica de las fuerzas armadas y del ámbito de la salud. Las cuales han participado de esta iniciativa. Además dicha asociación proporciona a través de una guía recomendaciones de tratamiento. Los clientes, benefactores y gobiernos apoyan la investigación acerca de los trastornos mentales. Las drogas y terapias psiquiátricas que están dedicadas a la mejora de este trastorno mental han sido revisadas y catalogadas como: con y sin evidencia. ¿Se modifican las prácticas en salud con esta iniciativa? (TEPT guideline ,2017).

Los abogados y defensores legales argumentan que si sus clientes sufren de estos trastornos esto reduce la responsabilidad por los crímenes. Así mismo, los fiscales hacen uso de este diagnóstico para iniciar sus demandas. Los consumidores seleccionan a las compañías de seguros sobre la base de si hay o no reembolsos por el tratamiento del trastorno mental. La búsqueda de certificación diagnóstica se hace necesaria para la compensación.

Si el trastorno no se encuentra tratado en revistas científicas, en asociaciones profesionales, en grupos de apoyo a pacientes, en editoriales y sitios web, ¿qué sucede? ¿Cambia la autoconcepción de las personas, las aspiraciones familiares y las metas sociales? La hipótesis es que sí cambia.

Graham no incorpora explícitamente al estrés postraumático en “The Disordered Mind”, pero sí lo hace en el capítulo “Ordering Disorder: Mental Disorder, Brain Disorder, and Therapeutic Intervention”. Por tanto, entendemos que Graham es un defensor del estrés postraumático como desorden mental. Nuestra hipótesis inicial es que debemos rechazar esa tesis justamente por la reinterpretación de los elementos que él mismo presenta: en su aplicabilidad radica el problema. (Fulford ,2013, p.514)

Podemos observar cómo el conjunto de los criterios de diagnóstico del DSM se han ampliado hasta llegar a lo actual. En un primer momento, sólo se tenía en consideración la exposición directa, luego se agregaba la indirecta (trauma vicario). Se modificó también la naturaleza del evento traumático. Hoy un despido laboral puede ser catalogado como el factor estresante. A nivel de organismos gubernamentales, podemos señalar que también se observan más facilidades en la tramitación de beneficios relacionados con el TEPT. El Departamento de asuntos de Veteranos, vía la enmienda del año 2010, elimina el requisito consistente en la corroboración de la evidencia de la existencia del factor traumático. (Zoellner ,2013).

En la discusión del grupo de trabajo del DSM V sobre ansiedad, espectro obsesivo y desordenes postraumático y disociativos, se propuso que esos capítulos fueran adyacentes entre sí, a fin de reflejar la superposición clínica en esas condiciones (Craske ,2011)

Consideramos que se ha venido instalando la generalización del trauma así como el cálculo cada vez más preciso de los riesgos posibles que amenazan nuestra existencia. En palabras del psicoanalista, Eric Laurent: “Asistimos a una descripción científica del mundo a partir del trauma. “Y agrega que lo que desborda en la cultura de la causalidad programada es llamado el “escándalo del trauma”. Es decir, “a medida que solo esta causalidad es recibida, cualquier cosa que escape a esta programación, nos escandaliza. A medida que nos beneficiamos de una mejor descripción científica del mundo, es que toma consistencia el síndrome de estrés postraumático, ligado a la irrupción de una causa no programable, y la tendencia a describir el mundo a partir del trauma. Todo lo que no es programable deviene trauma” (Laurent ,2002).

### **El desorden del trastorno mental:**

Graham nos interpela acerca del tipo de alteración que podemos encontrar en la enfermedad mental. El tipo de desorden, dice él, no hace mención de un tipo de conducta como tal, sino del carácter indeseable de una experiencia personal. Un trastorno, para que sea indeseable, debe poseer al menos tres atributos fundamentales: que sea dañino, que sea involuntario y que típicamente requiera de tratamiento o ayuda de otros. (Graham, 2010, p.45).

Algunos autores previamente mencionados, Kardiner y Pierre Janet, hacen referencia al recuerdo indeleble y angustioso en sus pacientes. Janet identifica un antes y un después de las emociones vehementes precipitado por algún acontecimiento. Kardiner identifica la reexperimentación del acontecimiento. Ambos describen perturbaciones de la memoria en diversas formas y automatismos primitivos. Así afirma Kardiner:

*“Clínicamente, es un hecho que se puede demostrar con facilidad que cuando en ciertas condiciones, la organización del yo es desmoralizada, encontramos que, en lugar de la ansiedad, aparecen tipos de reacción más automáticos y primitivos. Esto rige tanto para los peligros que proceden de experiencias instintivas (Triebgefahr) como para los peligros de las situaciones traumáticas de origen externo”* (Alexander, 1958, p.45).

Freud, por su parte, utilizó el concepto de trauma desde el comienzo de su trabajo y esto le permitió construir un modelo de la etiología de las neurosis. Freud hace una distinción entre cosa y atributo; trauma como sustantivo expresa el daño al aparato psíquico como algo interior a él. Traumático, como adjetivo, describe algo que se ubica inicialmente por fuera del aparato. Lo importante desde el marco general del psicoanálisis, qué se define como traumático como para explicar el efecto distinto en diferentes sujetos (Fractman, 2005). Podemos decir que Freud admite un cierto tipo de determinismo pero en ningún caso con dicho determinismo pretende negar la libertad humana. De hecho, uno de los objetivos fundamentales para Freud será lograr la autonomía del paciente de manera que pueda dirigir su vida.

Para K. Jaspers, la enfermedad psíquica de cualquier modo evalúa al ser humano como un todo en cuanto enfermo. La psicopatología estudia al hombre que tiene por característica el ser libre, la reflexión, el espíritu, a diferencia del animal, que cumple automáticamente con las leyes naturales.

*“Para el hombre (...) es base de su enfermedad su imperfección, (...) su libertad y su posibilidad ilimitable. Para él es vitalmente imposible, en comparación con los animales, una perfección originaria. Tiene que conquistarla como forma progresiva de su vida”* (Jaspers, 1977, p.23).

En su obra *La Psicopatología general* distingue tres grupos diagnósticos: las enfermedades cerebrales, el círculo de las psicosis y las psicopatías (reacciones anormales, neurosis y personalidades anormales); insiste que el objeto de la psicopatología es un acontecer. Es un ser en el mundo, es devenir en desarrollo, en diferenciación, nada definitivo y acabado. Los trastornos acontecen en la experiencia de la persona. Este punto, entre muchas otras cosas, tiene relevancia por la delimitación del tiempo en que consideramos que se inicia una enfermedad mental. Jaspers considera que en el grupo de las psicopatías resulta imposible hacer un diagnóstico y debemos procurar el análisis del caso entero comprensivo, genético y causal. Se hace indispensable la comunicación entendida como vehículo dinámico de una dialéctica existencial y como el lenguaje indirecto por excelencia de las inobjetividades; esto es, tanto de la existencia, como de la trascendencia. Jaspers indica que la comunicación puede adoptar múltiples formas, lo que incluye la crítica aguda no sólo del punto de vista del otro, sino la capacidad de provocar de forma radical, a su vez, el autoexamen crítico.

### **Realismo del desorden mental:**

Una forma de entender lo real es pensar en algo fácilmente reconocible a simple vista. Esto no sucede con los trastornos mentales que son observados solamente en el contexto de una amplia gama de prácticas humanas. Graham se define como un defensor del realismo de la mente. Se desmarca de cualquier confusión con el cerebro o con la neurología. Explica el escepticismo metafísico en los siguientes términos:

*“La idea principal detrás del argumento escéptico es que la idea misma de un trastorno mental no tiene ninguna aplicación a nada que sea real. Las mentes como tales no son reales, estrictamente hablando. Los sesos son reales, por supuesto, pero las mentes no lo son. En la medida en que las mentes no son reales, estrictamente hablando, no hay trastornos mentales”* (Graham, 2010, p.75).

Graham se declara no reduccionista, es decir, sostiene que las propiedades superiores son propiedades genuinas de los objetos y eventos de este mundo, y que constituyen una parte imposible de eliminar de su verdadera ontología; así también sucede que este autor, sin ser reduccionista, sí acepta que hay una relación entre hechos físicos y hechos psíquicos, pero esta relación de determinación es diferente de una relación de reducción.

Para Charcot la histeria es un trastorno de carácter neurológico. Si bien este investigador sostuvo que la histeria podía ser heredada, ésta podía ser producida por traumas, como ocurría en los accidentes; pero también podía ser producida por sustancias tóxicas, desde los químicos industriales hasta el alcohol. De este modo, Charcot trabajaba con una serie de conceptos que estaban estrechamente relacionados: memoria, histeria, hipnosis y trauma físico. Dos de sus discípulos mencionados en la introducción, Freud y Janet, reubican el foco de la discusión haciendo referencia y dando relevancia a lo psíquico. La histeria y la neurosis pasan a ser trastornos representativos de la mente.

El trauma ya estaba muy psicologizado en la teoría de Freud de 1893-97, según la cual la histeria era causada por recuerdos sepultados relativos a seducciones o agresiones sexuales ocurridas durante la niñez. El trauma era la seducción, un acontecimiento que no dejaba cicatriz o herida física, y cuyas consecuencias eran completamente psicológicas. Pero Freud no estuvo en el origen de esa idea de trauma psicológico. Ésta ya circulaba en 1885, a veces con el nombre de trauma moral [...] cuando Freud llegó a París para estudiar con Charcot (Hacking, 1995, p.183).

Graham crítica firmemente a los investigadores que conciben la enfermedad mental como enfermedad del cerebro. En relación con esto Graham afirma: “Nuestros mejores relatos de cómo funciona la mente son más filosóficos que científicos. No podemos reconocer un trastorno mental sin descubrir esa marca de la mente qua mente (Graham, 2010, p.10)”. Además insiste Graham: “el mero abrazo metafísico del sentimiento fisicalista acerca de lo mental no es suficiente para garantizar que los trastornos mentales son trastornos del cerebro” (Fulford, 2013 p.522).

### **Naturaleza de la enfermedad mental y clase natural:**

Graham afirma que un desorden mental, aunque ocurre naturalmente, no es un tipo natural (natural kind), el tipo de defensa que hace del realismo de la enfermedad mental, lo llama no mediado; la defensa de Graham no es mediada en el sentido de que no cree que deba demostrarse que las enfermedades mentales son clases naturales o resultan de trastornos cerebrales para calificar como tipos legítimos independientes de la clasificación (Graham, 2010, p.58).

Graham ofrece las diferencias de la psiquiatría con el modelo médico diciendo que por una parte, la mayoría de los trastornos mentales son producto de diferentes y variadas causas en lugar de una y por otra parte, el lenguaje que se utiliza en la enfermedad somática es canónico y excluyente, cosa que no es posible en la psiquiatría. (Graham, 2010, p.53). Este autor nos ofrece un ejemplo somático y alude al caso de la presencia de dolor, fiebre, tos, náuseas, vómitos, diarrea o fatiga que aparecen como eventos desagradables, pero así mismo como una defensa evolutivamente seleccionada del cuerpo contra la enfermedad, el peligro o el daño corporal. Dice el autor: “...*la fiebre o la diarrea pueden significar que el cuerpo está funcionando bien. Tal vez se está deshaciendo de toxinas peligrosas*” (Graham 2010, p.25).

Es decir, en el proceso diagnóstico tradicional las quejas del paciente se traducen a una terminología médica (dolor, náuseas, prurito, parestesias, delirio, alucinaciones, ánimo depresivo). Estos síntomas anuncian, pero no son nada en sí mismo. En la medicina el diagnóstico consiste en establecer un vínculo entre los síntomas y signos que aquejan al paciente (lo que se muestra) y un proceso anatómico y/o funcional subyacente (que no se muestra) y que constituye la enfermedad. En psiquiatría no se ha demostrado (hasta el momento) ni lesiones anatómicas ni alteraciones funcionales, en los trastornos mentales no existen mecanismos subyacentes indicativos de alteraciones.

### **Crítica al escepticismo moral en el trastorno mental:**

Algunos autores afirman que referir a ciertas perturbaciones o angustias como trastornos mentales es una convención médica arbitraria. Por ejemplo, en el mito de la enfermedad mental se plantea que la explicación orgánica de la psicopatología es algo así como un acuerdo social que se asume irreflexivamente; en ningún caso, la explicación orgánica es el resultado de profundas investigaciones empíricas o filosóficas que relacionen causalmente los síntomas con malformaciones orgánicas claras. “... las actitudes terapéuticas atribuidas tradicionalmente a la «bondad» son maniobras encubiertas del terapeuta para subestimar y sojuzgar al paciente” (Szasz, 1994 p.114). Seguidores de esta línea acusan que la atribución de los trastornos mentales (diagnósticos) a las personas es una práctica moral inaceptable o éticamente errónea. Dicha atribución es considerada un proceso de violación de la dignidad humana o del respeto por las personas. Graham

contraargumenta que si diagnosticar a una persona como enfermo mental viola el respeto moral que se le debe, eso acontece por el hecho de no observar adecuadamente restricciones éticas en el tratamiento de las personas.

*“La lección principal del escepticismo moral es que un diagnóstico de trastorno mental es un territorio moralmente discutible”* (Graham,2010p.72).

La historia de la construcción del TEPT ha dado pie a esta controversia en forma incesante. Autores como: Scott (1990), Summerfield (2001) y Young (1995), han planteado que el TEPT es sólo una construcción social y no tiene existencia en sí mismo. En esta tesis, vamos a criticar esta postura y a defender que no tiene sentido oponer un supuesto constructivismo social a un supuesto origen natural. Si por construcción social se entiende algo distinto a construcción natural, se trata de una equivocación de niveles, porque la naturaleza y lo social se constituyen mutuamente, así como lo natural y lo biológico.

### **Normas y estándares para la enfermedad mental:**

*La simplicidad y la sobriedad de la naturaleza no exigen del hombre y no forjan en él más que ideas comunes y de una honestidad grosera.*

*La coacción artificial y la riqueza del estado de sociedad hacen surgir graciosos y elucubradores, pero también, en ocasiones, locos y bribones... (Kant ,1990 p. 49).*

Kant argumentó que los seres humanos son parte del mundo natural y también de la libertad. En este último, pensamiento y acción humana involucran motivos, responsabilidades y rendición de cuentas. En palabras de Sellars, habitamos en un espacio lógico de la naturaleza y un espacio lógico de razones, cada uno gobernado por dos tipos diferentes de normatividad. En el primero, describimos la psicología de los actos del pensamiento y en el segundo aplicamos las condiciones de corrección (Sellars ,1963,p.179)

Graham explicita que para poder hacer esta atribución de desorden mental (llevar a cabo un diagnóstico), se hace necesario conocer los fines y propósitos que todos los seres humanos comparten. Paralelamente a lo obrado por Rawls , Graham está interesado en distinguir entre orden mental y desorden mental. Desea identificar las capacidades básicas o las facultades de la mente que son deseables, valiosas y que, cuando están suficientemente

bien ordenadas, permiten vivir con dignidad. Para ayudar a nuestra imaginación a visualizar el punto de vista neutral, Graham pide a los lectores que asuman la posición original y que se sitúen detrás de un velo de ignorancia, o sea, que se sitúen justo antes de comenzar sus vidas individuales particulares y justo antes de su adopción de reglas explícitas de orden. Pensemos dice, Graham, que los trastornos mentales están "por ahí". Son reales e indeseables. Son condiciones objetivas, de, por así decirlo, de la subjetividad (psicología) de personas. Supongamos que deseamos identificar los trastornos mentales. Queremos explicar y predecir los tipos de comportamiento humano en función de ellos. Queremos ayudar a las personas que sufren trastornos y desenredar o liberarnos a nosotros mismos y liberar a otros de su inoportuno agarre.

Otro enfoque para acercarnos a esta cuestión lo podemos encontrar elaborada en términos de la comprensión y la explicación que Jaspers ofrece en la segunda parte de su obra *Psicopatología General*.

*“En las ciencias naturales tratamos de captar sólo una especie de relaciones: las relaciones causales. Tratamos de hallar por las observaciones por los experimentos o por la reunión de muchos casos, reglas de proceso...” “en psicología, el conocer encuentra su satisfacción en la captación de una especie muy distinta de relaciones. Lo psíquico “surge” de lo psíquico de una manera comprensible para nosotros (...) Este surgir lo comprendemos genéticamente”*(Jaspers, 1977, p.352).

Con el método explicativo nos acercamos a la realidad clínica como el físico estudia la materia. Con el método comprensivo, tenemos acceso a fenómenos que escapan completamente a todo afán cuantificador, a todo el mundo del sentido. Entonces, para atribuir un trastorno mental a alguien, ¿De dónde obtenemos estándares o normas para tales juicios o evaluaciones evaluativas? En el caso del TEPT, nos encontramos con que es uno de los pocos trastornos psiquiátricos que requiere explícitamente la identificación de un evento externo, esto es, un supuesto causal para la presentación de síntomas. Esto ha traído como consecuencia una frecuente utilización de este diagnóstico en contextos legales, forenses, pensiones, etc. Por lo tanto, la discusión de la delimitación de este diagnóstico es aún más relevante. Vamos a retomar esta discusión en el capítulo 2.

## **Teoría del trastorno Mental: Una conexión entre racionalidad e intencionalidad.**

Graham desarrolla una teoría acerca de la conexión entre racionalidad e intencionalidad. Este autor intenta demostrar que la intencionalidad puede y debe ser entendida en términos físicos; afirma incluso que intencionalidad y conciencia están inseparablemente conectadas y que ninguno de los dos puede ocurrir o ser posible sin el otro. Lo que ayuda a constituir un trastorno mental, es la incapacidad en la respuesta a la razón (autógrafo de la mentalidad).

*“No hay intencionalidad sin contenido intencional; y ningún contenido intencional sin una red de conceptos racionalmente interconectada de conceptos.”* (Graham, 2010, p.120).

Pensar en actitudes intencionales (creencias, deseos, etc.) como presuponiendo la racionalidad de las personas propone que las personas estamos dirigidos conductualmente por un propósito o meta y que la forma en que actuamos o nos comportamos depende de nuestros propósitos o razones para actuar.

En la teoría del trastorno mental que defiende Graham, el trastorno no es completamente un sin sentido. En este, la razón se trunca, se compromete o se deteriora, pero no se borra. La falta de sentido está presente en alguna medida, pero no del todo (Graham, 2010, p.124).

Estamos de acuerdo con este autor en que para definir las facultades básicas de la mente es necesario acoplarlas o fijarlas al compromiso que hacemos las personas con proyectos o aspiraciones que ayudan a dar estructura, significado, y propósito a nuestras vidas. De este modo, facultades como la memoria, la emoción, la percepción, el movimiento motor y el aprendizaje, no parecen útiles para definir y distinguir un trastorno mental. ¿Para qué queremos una facultad de memoria? ¿Qué deseamos expresar con nuestras respuestas emocionales? ¿Por qué percibir?

En el trastorno mental, las facultades mentales humanas fundamentales están, como dice Graham, “engomadas” (gum up) a través de una mezcla de causas intencionales y brutales, conspiraciones de estados mentales y no mentales. Para conocer esta psicología,

no nos sirve la investigación científica, sino la reflexión sobre los fines y propósitos que todos los seres humanos comparten.

La persona que se encuentra en una situación calificada como traumática, pasa por un proceso de estabilización hacia una nueva situación. El proceso está determinado por aspectos internos del sujeto y externos al sujeto; así mismo, está determinado por condiciones internas y externas del entorno. Si usamos la metáfora politeísta de la mente, decimos que somos distintos santos con distintas virtudes y podemos alcanzar una nueva espiritualidad en cada nueva situación o estar poseídos por diferentes espíritus en diferentes momentos. Cuando una persona se encuentra en una situación que intercepta su vida y/o su existencia ¿Cuánto tiempo tendríamos que esperar para poder atribuirle un desorden mental? ¿Bajo qué condiciones estamos autorizados a atribuir un desorden mental a un sujeto? Respecto del TEPT, estas preguntas parecen no tener respuesta. Así mismo, Graham se pregunta: ¿Qué facultades o capacidades mentales son aquellas, que cuando están desordenadas, ayudan a constituir (dependiendo de sus condiciones de propensión y seriedad) un trastorno mental (prototípico, ejemplar)? Primero, la capacidad de experiencia consciente como vehículo instrumental. Su propósito o función principal es permitirnos atender a cosas que no sean conscientes en la experiencia propia. En ella y a través de ella, nos preocupamos y atendemos al mundo y a nuestra vida en el mundo. Si tenemos éxito en participar en el mundo, necesitamos más que una capacidad para la experiencia. Necesitamos capacidades para realizar actividades que, estando nosotros comprometidos con y en busca de resultados, hagan que la vida valga la pena y nos permitan llevar vidas decentes. Necesitamos capacidades que nos permitan hacer frente a las variaciones y a las inestabilidades en los contextos de comportamiento. Éstas según Graham, deben ser:

(1) Ubicación del cuerpo / auto-espacial:

Nosotros, las personas, debemos ser capaces de identificar nuestro estado somático o posición corporal en el medio ambiente / el mundo, para que podamos utilizar nuestras capacidades al servicio del movimiento corporal y auto-mantenimiento, así como otras formas de búsqueda de objetivos.

(2) Auto-localización histórica / temporal:

Nosotros, las personas, debemos ser capaces de identificar nuestra posición en el tiempo y además percibirnos a nosotros mismos como un agente duradero o históricamente

extendido o un individuo con un pasado y futuro o al menos un posible impacto en el futuro.

(3) Comprensión general del yo / del mundo:

El conocimiento de ciertos estados de cosas es más importante para nosotros que el conocimiento de otros hechos. A menudo cometemos errores en lo que pensamos que sabemos. Pero sin una cierta comprensión exitosa, sin saber si la comida en mi refrigerador es venenosa, si mis vecinos son confiables, o si la taza de café en mi mesa es demasiado caliente para servírmela, mi ignorancia es peligrosa y perjudicial. Si pienso conseguir entradas para el teatro, necesito saber dónde conseguir las. Si tú tienes un plan para ir conmigo, tú necesitas saber dónde encontrarme y cómo llegar.

(4) Comunicación:

Nosotros, debemos ser capaces de comunicarnos en el mundo con otros y esto requiere suficiente competencia en algún sistema de comunicación (como nuestro idioma nativo). Necesitamos la competencia lingüística como emisor y como oyente, si queremos ser comunicadores exitosos.

(5) Cuidado, compromiso e implicación emocional:

Las personas deben ser capaces de preocuparse por y estar comprometidos con personas y cosas. Cuidar y comprometerse con algo es estar investido en él, identificarse con él y considerarlo como importante para uno mismo.

(6) Responsabilidad de sí mismo:

Una persona que no se preocupa por sí misma apenas cuenta como persona. Debemos poseer alguna medida o nivel de capacidad no despreciable para encargarnos de gobernar, guiar, manejar o controlar nuestro propio comportamiento, si queremos cuidar de nosotros mismos. Debemos ser capaces de formar intenciones, evaluar impulsos e inhibiciones, hacer juicios prácticos y decisiones auto-reflexivas, y actuar sobre esas decisiones con al menos un mínimo de libertad de circunstancias inmediatas, así como de información personal no deseada o de características intrusiva.

(7) Reconocimiento de oportunidades o 'affordances':

Debemos ser capaces de reconocer oportunidades para cursos alternativos de acción o comportamiento (Graham, 2010, pp. 147-149). En este último punto, se hace relevante en el TEPT lo que nos plantea Gibson, este autor es quien acuñó el término affordances

definiendo una percepción activa que está conformada por lo que hacemos y lo que somos capaces de hacer, nuestras posibilidades pragmáticas y las capacidades sensomotoras de nuestro cuerpo (Gibson, 1986, p. 205).

**La tesis de George Graham (tesis del cerebro intacto):**

Según Graham, el concepto de trastorno mental implica:

(i) Discapacidad, incapacidad o deterioro de la racionalidad: una o más facultades mentales fundamentales o las capacidades psicológicas básicas de una persona se encuentran comprometidas. Es decir, los mecanismos que causan o sostienen el trastorno mental son mentales (funcionan a través de mecanismos cerebrales).

(ii) Una tesis de daño. Síntomas potencialmente dañinos / consecuencias para la persona (y quizás también para otros): La clasificación para obtener esta separación entre lo patológico y la normalidad es mental. La idea principal detrás de esta visión es que la psicología del sentido común proporciona el único estándar normativo de lo que son las mentes y cómo operan. Por lo tanto, sólo contra la norma de sentido común es posible detectar y demarcar desórdenes mentales. Los trastornos mentales surgen cuando las cosas van mal con nosotros en algún nivel y cuando en algún sentido importante, una persona viola sistemáticamente los estándares de racionalidad que caracterizan nuestro modo de pensar psicológico popular.

(iii) Trastorno mental de fuentes mixtas Este es causado por un equilibrio o mezcla de la actividad intencional, por un lado, y las causas o mecanismos neurales a-rationales neuronales, por el otro. Interesa recalcar que pueden ser muchas las causas. La discapacidad también posee un tipo especial de fuente, génesis o conjunto de condiciones de propensión. Las incapacidades distintivas de un trastorno mental no son aspectos de un cerebro roto o reflejos de un deterioro neural sino que debe llevar la marca o autógrafo de la mente en sus condiciones de propensión y no sólo en sus síntomas y métodos de tratamiento adecuado. Así mismo, en la explicación de sus causas, no está excluido el papel de aquellas fuerzas que no son mentales. Es decir, puede también participar lo neuro-mecánico o fuerzas brutas irracionales.

(iv) Preservación de algo de racionalidad: la combinación o intersección de las actividades intencionales dan lugar a un trastorno mental con una lógica truncada o una lógica comprometida; cuando la capacidad se ve alterada y la razón se ve comprometida en su

operación sensible. (La incapacidad o impedimento que, recuerde, está sujeto a parámetros contextuales, no es una obliteración de la razón o respuesta a la razón).

Graham asevera que una persona puede tener un trastorno mental y tener su cerebro sano. Por lo tanto distingue los trastornos que se apoyan en el cerebro y que son desordenes estrictamente mentales (por ejemplo: una depresión, un trastorno delirante, una fobia, una adicción y el estrés postraumático (Fulford, 2013, pp.526-528) de los trastornos propios del cerebro (por ejemplo: demencia Alzheimer, enfermedad de parkinson, etc). En palabras de Graham:

*“los trastornos mentales pueden ser trastornos en el cerebro (realizados en el cerebro o ‘hardware’) sin ser trastornos del cerebro(sin un mal funcionamiento neuronal o una lesión)”*(Graham ,2010,p. 24).

Hemos introducido este postulado que resulta adverso por completo a los enfoques categóricos de la psiquiatría, pero congruente con la sustancial continuidad que muestran tanto los hechos de conducta como los de la naturaleza en general.

Graham nos dice que el desorden no es un asunto de todo o nada, como tampoco la frontera entre desorden y no desorden es clara. Él supone que la inhabilitación de uno o más de las funciones psicológicas básicas aumenta los riesgos o la probabilidad de perjuicios o pérdidas de la libertad y de decencia. Según este autor no existe una, sino múltiples formas de deshabilitar una capacidad básica de la mente. Por ejemplo, una persona que sufre un síndrome de ménierè pierde la ubicación del cuerpo; tales daños o pérdidas, entonces, dependiendo de cómo se producen, también ayudan a constituir trastornos mentales (ejemplares). En el corazón del libro de Graham se encuentra una visión moral de la mejor vida para un ser humano, una teoría objetiva del bienestar. Para este autor el diagnóstico de desorden mental, debería iluminar el logro de maduración y desarrollo de los poderes humanos o las capacidades naturales de quienes lo padecen. Entonces, ¿Cómo logramos que el diagnóstico de TEPT se dirija en este sentido?

Para el análisis del estrés postraumático en cuanto desorden mental, tomaremos de base a G. Graham:

1. El desorden mental existe independientemente de si tenemos una teoría sobre él, o si podemos clasificar a algunas personas como sujetos de enfermedad mental.

En la introducción ha quedado claro, que aún antes de la definición de TEPT, se habían descrito casos como por ejemplo, la clásica descripción de Pinel del desorden que sufría Pascal, o los numerosos casos examinados por Kardiner. Los casos militares fueron diagnosticados como estados de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, desordenes de personalidad, incluso esquizofrenia.

Antes de los años 70, la psiquiatría estaba fuertemente influenciada por la teoría freudiana. Los trastornos mentales eran vistos como reflexiones no específicas de mecanismos inconscientes y eran analizados como enfermedades discretas basadas en síntomas. La psicopatología se veía como ocurriendo en un continuo y existía una fusión de lo patológico con lo normal. En ese continuo existían reacciones de estrés o reacciones de ajuste que podían conducir o no hacia la enfermedad.

La caracterización del trauma que realiza cada uno de los autores revisados en la introducción, enfatiza algún aspecto particular de este fenómeno. Esta apreciación singular en cada uno de ellos los lleva a defender alguna teoría. En Freud reconocemos los mecanismos de defensa inconscientes, la pulsión erótica y tanática, una teoría del aparato psíquico y una técnica psicoterapéutica. En Janet la disociación y el automatismo animal que relaciona el psiquismo con el cerebro anatómico, neuroquímico y neurofisiológico. En Jaspers la noción de movimiento que a través de una situación límite permite la expansión temporal del yo con cambios perdurables en la percepción de sus traumas. Se completa el análisis lógico, si consideramos que no podría existir un estrés postraumático en un mundo sin sentido.

2) Los desórdenes mentales son detectables, son focos adecuados de investigación y análisis.

Esto implica que son distinguibles de los no trastornos y poseen bordes irregulares. Para que trastorno mental sea considerado tal, este debe cumplir ciertos estándares o normas. El éxito o fracaso en el cumplimiento de tales normas también es detectable. Dicho de otro modo, diagnosticar TEPT a una persona que ha sufrido un trauma hace posible distinguir a aquel que no logra recuperarse de la experiencia (por tener un desorden mental) de aquel que busca una ganancia secundaria. Desde la aparición del TEPT como diagnóstico en 1980, se han sucedido varias clasificaciones destinadas a la observación y diagnóstico; como puede verse la noción de este desorden se ha oscurecido cada vez más.

(Rosen, 2007), (Jones ,2007). Se han delimitado grupos o cluster para la investigación tales como: la re-experimentación, la evitación y la hipervigilancia o persistencia del sentimiento de amenaza. El problema es que esto, nos conduce a prácticamente toda la psiquiatría. En mi opinión si todo puede ser TEPT, este diagnóstico no nos sirve como delimitación de un trastorno mental.

Si volvemos a la mirada funcionalista que inaugura Freud con su teoría, esta entidad nos permite hacer generalizaciones inductivas sobre los trastornos mentales. Nos permite comprender la cadena de interacciones que determinan la enfermedad, pero considero que no es la enfermedad.

3) Los estándares o normas de evaluación para ser un trastorno mental son tales que, cuando una persona tiene un trastorno mental hay algo mal con ellos, mal con su estado mental y su conducta.

Las personas con un trastorno mental están en una condición que no deben estar. Tenemos que recordar que los inicios de la psiquiatría se remonta a los alienistas (ver nota al pie 1) y como refrenda Jaspers, depende más *de las aprehensiones dominantes del círculo cultural*. Su comportamiento sólo es perjudicial para ellos (y tal vez para otros), este exhibe o expresa un truncamiento o deterioro en el funcionamiento de la razón o de una o más facultades psicológicas básicas de las personas. No es un mero error de rendimiento. El punto "deterioro significativo en los aspectos personales, familiares, sociales, educativos, ocupacional o de otro tipo de funcionamiento", está claramente especificado y autores como Kendler y Bolton defienden la postura que el déficit o deterioro en lo social está conceptualmente relacionado con lo que es un desorden mental (Kenneth, 2017, pp.8-16). Sin embargo, la discusión que nos interesa se inscribe justamente en cómo hacemos el análisis de lo que resulta perjudicial y de qué manera perjudica. Por ejemplo, hay evidencia de que las campañas anti-estigma basadas en modelos biogénéticos de una enfermedad mental grave han sido contraproducentes (Angermeyer ,2011). El actual auge de la neurociencia ha implicado que otros desarrollos importantes en la provisión de cuidados y apoyo para personas con problemas de salud mental a lo largo del pasado siglo, hayan sido descuidados (Slade, 2009).Esta temática será retomada en el capítulo que sigue a continuación.

4) El realismo sobre el trastorno mental no puede remitirnos a la base neurológica ni tampoco dispensar de referencia a la mentalidad en una descripción y explicación a partir de lo cerebral. Tenemos que entrar en la subjetividad y lo comprensible para descubrir lo mental. En ese “engomado” que es la mente de Graham, confluyen redes de coherencia racional, redes de sentido común, redes que nos conectan con el espacio y el mundo físico y con lo que nos hace seres humanos que quieren vivir “decentemente”. Graham refiere a los procesos racionales y mecánicos como causas de enfermedades mentales. Las causas ascendentes son mecánicas pero las racionales son la condición necesaria para el trastorno mental (Graham, 2010, p.131). Esto es concordante con lo acontecido en la disociación, así como lo comunicó P. Janet hace dos siglos. Este autor plantea que en los casos de trauma que él observó, existía una fobia al recuerdo. Esta fobia estaba más determinada por el significado que esto tiene para el sujeto, más que el evento en sí mismo. No resulta comprensible que en el TEPT otorgue a priori, al evento externo, según su intensidad, cualidades propias del psiquismo.

Graham defiende la tesis que los trastornos psiquiátricos son mentales y por lo tanto deben definirse en términos psicológicos intencionales y de la racionalidad. Esto implica que para explicarlos tenemos que tener a la persona misma, dotada de racionalidad e intencionalidad. Incluso adopta una postura metafísica más bien agnóstica ya que para explicar el trastorno mental no necesitamos aclarar la verdad o falsedad del fisicalismo como tal, sino que, de todas maneras, tenemos que asumir que los estados mentales pueden ser vehículos con contenido intencional causalmente eficaces.

## **Capítulo 2:**

En este capítulo se fundamenta una postura crítica del diagnóstico de TEPT definido en los manuales DSM V e ICD10. No queremos ahondar en las limitaciones del diagnóstico fundamentado en el debate médico. Queremos ordenar las cosas, salir de la confusión de lenguas, recuperar el enfoque fenomenológico en la psiquiatría que considera como central la experiencia vivida y recuperar el espacio que le corresponde al trauma psicosocial en la salud mental. De este modo se espera acceder a una nueva interpretación del trauma.

## **El tsunami de la patología mental y la necesidad de fenomenología:**

Vamos a tomar la sugerencia de Waissbluth (2017) y hablaremos francamente del tema, pues los datos que entrega hablan por sí mismos. Estos datos son: analfabetismo funcional de los chilenos, la violencia física (sexual) grave que sufre el 26% de los niños y niñas de nuestro país y lo peor es que en la comunidad chilena se padece de un “síndrome de evasión o evitación masiva”. Mi mayor crítica a mantener el diagnóstico de TEPT queda contenida en la sección el basural de Cortázar. Es decir, como lo que le sucede a otro, se supone que se relaciona con su fragilidad o vulnerabilidad, debe ser tratado por alguien y yo me desentiendo (se va al basural). Waissbluth constata que al igual como ocurre en un tsunami, este problema en la salud mental, no puede solucionarse con una medida simple, pues forma parte de una cadena de crisis sociales, cada una atada a múltiples causas.

Explico el porqué de tanta urgencia con la fenomenología: El TEPT ha sido criticado por numerosos motivos (éticos, conceptuales, políticos, científicos), pero principalmente lo ha sido por tres razones (a) la patologización de eventos normales, (b) la insuficiencia del Criterio A (DSM), y (c) la superposición de síntomas con otros desórdenes (McNally ,2009), (Spitzer ,2007), (McHugh ,2007), (Brewin ,2009), (Pai ,2017). El problema radica en que su definición es demasiado heterogénea, o sea, se han ido agregando a ella cada vez más tipos y criterios de síntomas (ver anexo A). Si usted es psiquiatra y piensa en las últimas 10 personas referidas por este diagnóstico, seguramente comprobará, al igual que yo, que estos casos son completamente distintos unos de otros.

En la fenomenología se parte de aquello que quiere explicar la ciencia y no debemos abandonarla. La fenomenología se ocupa de lograr una comprensión y una descripción apropiada de la estructura experiencial de nuestra vida mental/corporizada. Para comprender y entender el fenómeno experiencialmente tenemos que considerar el carácter cualitativo específico del estado de la persona que padece en una situación y contexto especificado. Tenemos que entrar en una comunicación práctica o empírica y también en una comunicación existencial .El ser humano es, en tanto se comunica. Para salir del problema que nos mueve, tenemos que mantener la misma doble condición de Jaspers (médico y filósofo).

*“El estudio filosófico tiene un valor positivo para la actitud humana en la práctica del psicopatólogo y*

*para la claridad de sus motivos en el conocer” (Jaspers, 1977, p. 21).*

Desde la clínica, Jaspers estableció dos premisas claves para definir reacciones vivenciales anormales: 1) El estado reactivo no habría aparecido si no existiese una vivencia que lo causase, vale decir: necesariamente en su origen se yergue un desencadenante claro y reconocible. 2) El contenido de ese estado posee un vínculo comprensible con la causa que lo genera (ejemplo: pesadillas, intrusiones) (Jaspers, 1977, p.455).

### **La salud mental y el sentido (vectorial) de la construcción social:**

A principios del siglo XX, se da a conocer la medicina social que se supone capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, erróneamente se entiende como la sumatoria de enfermedades personales o particulares. Lo que un salubrista tiene que mirar es al individuo desde un momento anterior a aquél en que se convierte en paciente, es decir, tiene que considerar el riesgo de que las causas transformen más tarde al individuo sano en individuo enfermo. El trauma psicosocial es uno de los 6 conceptos fundamentales que la psicología social en la obra de Martín Baró tiene como su objetivo. Este autor entiende la salud mental como una construcción de afuera hacia adentro, es decir, si las personas, en cuanto seres sociales, son el resultado de sus vínculos y procesos de influencia (en la medida en que estas relaciones sean humanizadoras o por el contrario, deshumanizantes), así serán sus niveles de salud mental posibles (Martín-Baró, 1983, p.371) (1990, p.35).

Hasta aquí hemos dicho que la base conceptual de la clasificación DSM ha asumido un carácter ateorico, dado que no está apoyada en ninguna teoría psicopatológica específica. Sin embargo, nos encontramos con que los criterios de significación clínica existentes en el corazón del DSM están explícitamente cargados de valores (Fulford, 2013p.398). Según Boorse y Wakefield tanto la referencia al concepto de desorden o al concepto de disfunción (Wakefield), ambos continúan de diferente manera usando un lenguaje evaluativo con respecto al individuo. Por otra parte el proceso de clasificación de la enfermedad mental implica que se entra en la fase interactiva que describe Hacking, esto es que el acto clasificatorio “puede influir en lo que se clasifica” y puede ser modificados o reemplazados porque interactúan con lo que se clasifica. Los tipos interactivos inducen “efectos clasificatorios de ciclo”: la cosa clasificada cambia su comportamiento como consecuencia del estar clasificada, lo que a su vez requiere un cambio en la clasificación

original, y así sucesivamente (Sperber, 1995, p. 103). Hacking llega a plantear que las clasificaciones mentales suelen inventar personas.

Como Graham, no soy escéptica del realismo de la mente, y además creo que el terreno del trastorno mental debe discutirse desde el punto de vista moral. Entonces, si entendemos que en salud mental la complejidad trasciende los aspectos biológicos e incluye la dimensión subjetiva, existencial y lo simbólico social, tenemos que considerar la complejidad. Aquí presento mi mayor crítica al diagnóstico del TEPT, esto es, el qué y el cómo una gama de problemas sociales y de extensión moral son subsumidos por el concepto de trastorno mental.

En palabras del especialista en resiliencia, Boris Cyrulnik:

*“Cuando los profesionales se vuelvan menos incrédulos, menos Guasones o menos proclives a la moralización, los heridos emprenderán sus procesos de reparación con una rapidez mucho mayor a la que se observa en la actualidad. Y cuando las personas encargadas de tomar las decisiones sociales acepten simplemente disponer en torno a los descarriados unos cuantos lugares de creación, de palabras y de aprendizajes sociales, nos sorprenderá observar cómo un gran número de heridos conseguirá metamorfosear sus sufrimientos y realizar, pese a todo, una obra humana. Pero si el temperamento ha sido desorganizado por un hogar en el que los padres son desdichados, si la cultura hace callar a las víctimas y les añade una agresión más, y si la sociedad abandona a las criaturas que considera que se han echado a perder, entonces los que han recibido un trauma conocerán un destino carente de esperanza” (Cyrulnik, 2002, pp. 27-28).*

### **Estado ontológico del supuesto estrés postraumático:**

La postura dominante de los especialistas en trauma es que se trata de un tipo natural atemporal, una entidad universal psicobiológicamente emergente en respuesta a factores estresantes extremos. Se presume que el TEPT tiene sus raíces en la antigüedad, que evolucionó en los circuitos del miedo cuya activación patológicamente persiste mucho después de que el peligro mortal ha pasado (Durisko, 2016).

Una postura diferente defendida principalmente por la antropología, es que se trata de un artefacto cultural: No posee unidad intrínseca y no es atemporal. Un diagnóstico psiquiátrico no es necesariamente una enfermedad. La angustia o sufrimiento no constituye psicopatología. El trastorno de estrés postraumático es una entidad construida tanto desde ideas sociopolíticas como psiquiátricas, y el aumento en el diagnóstico del TEPT en la sociedad está relacionado con los cambios en la relación entre el individualismo y la vida moderna (Summerfield, 2001 p.95). Allan Young, lo llama una “armonía de ilusiones”, un producto cultural que gradualmente se agrupa mediante las prácticas, las tecnologías y las narrativas con las que se diagnostica, se estudia y se trata, y por los diversos intereses, instituciones y argumentos morales que movilizan estos esfuerzos.

Desde el entendimiento clínico con Jaspers, asumiendo su concepción de situación límite, nos introduce en un dialogo constante y en un juego de cambio transaccional donde aquello que parecía un abismo, se vuelve un espacio para la libertad y donde la aparente nada se convierte en la apertura de un nuevo espacio. El “fenómeno” así entendido, en sentido “fenomenológico”, es lo vivido, lo comunicado. Después de todo, la experiencia vivida es también – y sobre todo – una realidad. Un método legítimo de revelación de esta realidad sólo puede enriquecer y profundizar el realismo total de la concepción del ser humano. Pero eso no es todo, la experiencia vivida esencialmente desafía reducción. Esto no significa, sin embargo, que escapa a nuestro conocimiento; sólo significa que debemos llegar al conocimiento de una manera diferente, a saber, por un método o medio de análisis que sólo revela y da a conocer su esencia. El método de análisis fenomenológico nos permite detenemos en la experiencia vivida como lo irreductible. Este método no es sólo una catalogación descriptiva de los fenómenos individuales (en el sentido kantiano, es decir, los fenómenos como contenidos sensibles perceptibles). Cuando nos detenemos en la experiencia vivida de lo irreductible, tratamos de impregnar cognitivamente toda la esencia de esta experiencia. Así aprehendemos tanto la estructura esencialmente subjetiva de la experiencia vivida como su relación estructural con la subjetividad del ser humano.

### **El contexto y la cultura:**

Uno de los principales esclarecimientos de los filósofos del siglo 20 como Wittgenstein, Heidegger y Merleau-Ponty fue el percatarse de que la significación no es

algo que ocurre en el interior de la mente o el cerebro del individuo, sino más bien llega a nuestras vidas desde las prácticas sociales que configuran el mundo que nos rodea. Supongamos que escuchamos los llantos por dolor físico y desgarró de la carne de un hombre que está siendo torturado y los llantos por dolor físico y desgarró de una mujer que está pariendo su hijo, Un cuestionario de dolor administrado en ambos escenarios registrará calificaciones similares. Sin embargo, el contexto de la maternidad suele estar enriquecido de amor y esperanza; el sufrimiento del parto tiene un significado positivo y se puede integrar en la vida de la madre. Esto rara vez es el caso en quienes soportan una tortura. El contexto de su sufrimiento es muy diferente, pese al hecho de que en los dos casos el dolor físico habrá sido mediado por centros similares en el cerebro.

Graham se preguntó: ¿Cómo debería tomarse en serio la cultura y el contexto? *“cultura y el contexto social son relevantes para la presencia o ausencia de trastornos en la manera que impactan en el bienestar personal. Los daños a los que se asocian los desórdenes son social o culturalmente situados. Un trabajo perdido por una adicción. Una familia destrozada por la represión de un padre. Ninguna persona es una isla solipsista”* (Graham, 2010, p.112).

El trabajo de Freud representa un arduo y serio intento de incorporar el estudio de la subjetividad en el corpus médico. Sigmund Freud puntualiza tres fuentes del sufrimiento humano que son: la supremacía de la naturaleza, la caducidad de nuestro propio cuerpo y la insuficiencia de nuestros métodos para regular las relaciones humanas en la familia, el estado y la sociedad. Freud considera los dos primeros inevitables. Pero en el tercero, enfatiza su origen social: lisa y llanamente nos negamos a admitirlo, no podemos entender la razón por la cual las normas que nosotros mismos hemos creado no habrían más bien de protegernos y beneficiarnos a todos. Su sospecha entonces se origina en un bloque de naturaleza invencible que viene de la propia *compleción psíquica* (Freud, 2008, v.XXI, p.85). Freud entiende el término “cultura” como el conjunto de las normas restrictivas de los impulsos humanos, sexuales o agresivos, exigidas para mantener el orden social. La sublimación y la renuncia a la satisfacción de las pulsiones libidinosas posibilita las actividades psíquicas superiores (científicas, artísticas, ideológicas) que determinan los

valores positivos del mundo cultural (Freud, 2008, v.XXI, p.95). El hombre primitivo, dado que tiene menos poder y menos restricciones provenientes de la civilización puede llegar a ser más feliz (Freud, 2008, v.XXI, p.111).

*“Sabemos que la cultura obedece en este punto a la compulsión de la necesidad económica; en efecto, se ve precisada a sustraer de la sexualidad un gran monto de la energía que ella misma gasta”*

(Freud, 2008, v.XXI, p.101).

En la teoría de este autor se propone que desde la infancia se irían introyectando en el super-yo las restricciones y los imperativos culturales de manera inconsciente, formándose la conciencia moral. Se establece una relación entre culpabilidad y progreso, es decir, en la medida que progresa la culpabilidad, menos feliz va a ser el hombre. Finalmente, Freud afirma que el porvenir de la especie humana depende de la superación de la lucha entre Eros y Tanatos, que se da tanto a nivel ontogenético como también filogenético, caracterizando el proceso cultural (Freud, 2008, v. XXI, p.135).

Después de seguir a Freud, la conducta humana ya no se generará más en la conciencia, sino que será el producto de determinaciones oscuras, escondidas en algún lugar del inconsciente. Incluso el placer, es replanteado como la descarga o el alivio de una tensión dolorosa.

Otro crítico de la ciencia de su tiempo fue Martin Heidegger. Este pensador cuestionó a las posiciones de tipo positivista y propuso una visión integral, unificada y holística de la condición humana. Al igual que Freud, propuso una solución al sufrimiento humano, desafiando a la ciencia de su tiempo (Heidegger, 2001, p.136), (2001, p.140), (2001, p.222).

La propuesta de Heidegger trata de la fenomenología interpretativa o hermenéutica (1927) que se fundamenta en los siguientes supuestos filosóficos. En primer lugar, los seres humanos tienen mundo. Estar situados en el mundo es existir. En segundo lugar, la persona es un ser para quien las cosas tienen significado. En tercer lugar, la persona es un ser auto-interpretativo. Conocer y comprender lo que rodea al ser humano es una manera fundamental de ser en el mundo. En cuarto lugar, la persona como corporeizada. En quinto lugar, la persona como un ser temporal. Para Heidegger, un fenómeno refiere a nuestra

experiencia vivida, lo que se revela por sí mismo sin ningún presupuesto teórico. El Dasein sostiene la apertura de estar en el mundo como un campo unificado de significado que se presupone transcendental universal y necesariamente estructural; el Dasein hace posible que cada uno de nosotros se relacione con otros seres humanos (Ser-con), objetos (en el mundo) y nosotros mismos (Ser-en). Heidegger emplea de modo preponderante para referirse al ser humano en su condición de ser/estar-ahí/aquí, como ser situado ineludiblemente de modo comprensivo, afectivo, corporal, lingüístico, contextual e histórico (Heidegger, 1951).

*“La verdadera existencia y continuación del juego depende del cambio de la posición de espectador a participante. Constituir es dejar ser. La revelación de un fenómeno es permitir que haga sentido una amplia gama del fenómeno (que sea notado, descubierto o reconocido por lo que es). Que un fenómeno tenga sentido significa que es accesible, no sólo en su actualidad, sino también en su posibilidad. En un nivel constitutivo, la posibilidad y entendimiento, como el mundo y su conocimiento en lo mundano, son las dos caras de la misma moneda”*  
(Haugeland ,1998,p.notas *Having Thought*).

Si volvemos al planteamiento de Graham, reconocemos que logra dar cuenta de una mente que incorpora en su engomado tres círculos de coherencia de redes a saber: holismo de la situación situacional, holismo del sentido común y holismo de la interpretación intencional; si le agregamos el holismo existencial que Heidegger y Haugeland nos presentan, creo que podemos salir del fatalismo consistente en el escepticismo con relación a la mente y su estudio. El círculo hermenéutico, como lo entiende Heidegger, implica una interacción entre la comprensión del mundo como configuración de sentido en el que las cosas se ponen de manifiesto como lo que son, y la interpretación de las cosas particulares en el mundo. El círculo, por tanto, tiene la misma estructura para la interpretación de las personas y de las cosas, porque no tiene nada que ver con el carácter presuntamente significativo del objeto (Bracken, 2002, p.99).

### **La medicalización y sobrediagnóstico:**

En la filosofía de la medicina, hay voces que denuncian el potencial iatrogénico de la información que entregan los médicos a sus pacientes cuando parte de lo que transmiten puede inadvertidamente amplificar los síntomas y convertirse en una fuente de angustia somática elevada. Los síntomas somáticos y la enfermedad subyacente no tienen una equivalencia fija, invariable, uno a uno. Los síntomas pueden ocurrir en ausencia de una enfermedad demostrable; la enfermedad "silenciosa" ocurre sin síntomas, y existe una considerable variabilidad interindividual en los síntomas que resultan de la misma patología o fisiopatología (Barsky, 2017). Esto también es referido por la población. Así, un ciudadano común señala: *Es como un bienestar, cuando uno está a gusto en un lugar*. Hay situaciones que a uno lo ponen mal o bien, emocionalmente. Y ahí se empiezan a producir todos los tipos de malestares físicos (Hombre zona urbana ,2008). Nos parece que la psiquiatría ha fracasado constantemente en su pretensión de equipararse al resto de la medicina o más bien de querer adoptar las conceptualizaciones y metodologías de otras especialidades postergando o más bien minimizando los orígenes de ella. En este marco, la crítica de la medicalización se basa fundamentalmente en cómo se han descontextualizado los problemas sociales colectivos y, colateralmente cómo se les ha puesto bajo el control médico. En otras palabras, dar soluciones médicas a problemas sociales. La pregunta es ¿por qué la sociedad occidental no ha aceptado el sufrimiento? ¿Por qué transformamos el sufrimiento en enfermedad?

Una alternativa es considerar el objeto psiquiátrico como un objeto determinado por otros factores que exceden los del resto de los síntomas y síndromes médicos. De hecho, esta categoría de diagnóstico TEPT es el único trastorno psiquiátrico cuyo requisito es la exposición a un evento estresante como una precondition. Por consiguiente ¿por qué debe ser atribuido categorialmente a la persona y no en la situación o contexto donde ocurre y transcurre? Algunos autores han propuesto reflotar el término de lo disruptivo acuñado por Moty Benyacar (Cohen, 2011, p.28).

### **Desde el individualismo a la resiliencia social:**

Según Bauman, nos encontramos *imbuidos en un campo de batalla* (Bauman, 2009, p.1) en esta *era líquida* y moderna. Describe una sociedad en la cual las condiciones de actuación de sus miembros cambian antes de que las formas de actuar se consoliden en

hábitos y en rutinas determinadas. Sostiene que estamos en presencia de una ciudadanía que ha desplazado la responsabilidad ante (una autoridad, una causa) por la responsabilidad para (el bienestar, la autonomía) (Bauman, 2009, p.53).

“Nuestra dependencia mutua abarca todo el planeta y, por lo tanto, ya lo somos y seguiremos siendo indefinidamente, objetivamente responsables el uno por el otro. Sin embargo, hay pocos indicios de que nosotros, quienes compartimos el planeta, estemos dispuestos a asumir seriamente la responsabilidad subjetiva de esa responsabilidad objetiva nuestra” (Bauman ,2009,p.26).

En esta configuración de sociedad en la cual el bienestar también es objeto de consumo, se busca solución inmediata (fármacos, terapias) para algunos problemas psiquiátricos y para una multitud de acontecimientos vitales que ocasionan sufrimiento. Esto ocasiona una elevada demanda de atención en salud mental que difícilmente podrá ser atendida por el sistema sanitario, puesto que resulta un absurdo pretender cubrir las necesidades de la población y aliviar insatisfacciones que anteriormente cubría el entorno familiar y los vínculos sociales.

Hay varios ejemplos de cómo surgen iniciativas desde la comunidad para revertir hechos deplorables que afectan a la humanidad en su conjunto, por ejemplo: Fundación para la confianza a partir del caso Karadima, movimiento Cromañon en Buenos Aires (Zenobi ,2017).

Una propuesta llamada resiliencia comunitaria evoluciona desde los atributos de los individuos hasta el análisis de las condiciones colectivas de grupos humanos o sociedades para enfrentar las adversidades y buscar en conjunto el logro de su bienestar. Se parte de la base de que las claves explicativas del sufrimiento no residen en las características individuales, sino en las condiciones sociales, en las relaciones grupales y en los aspectos fundantes de la cultura propia y de los valores sostenidos por cada comunidad (Ungar, 2008,2010).

En palabras de una psicoanalista: “*se abre la posibilidad de entender las emociones traumáticas no como un problema médico que busca su cura, sino como experiencias sentidas que pueden ser movilizadas en varias direcciones*” (Leys, 2000, p.47).

## Conclusiones

A lo largo de la tesina hemos querido responder a la pregunta: ¿Existe una enfermedad mental tal, como el referido trastorno por estrés postraumático? El argumento lo resumimos del siguiente modo:

- 1) Si algo se cataloga como "enfermedad mental", ese algo se comprende en términos físico-reduccionistas.
- 2) La mejor manera de comprender y describir la condición llamada "TEPT" es en términos anti-reduccionistas.
- 3) Por lo tanto, la condición llamada "TEPT" no puede catalogarse como "enfermedad mental" (por Modus Tollens 1 y 2 [se asume que reduccionismo y anti-reduccionismo son posiciones exhaustivas]).

En este análisis del concepto de TEPT, primero nos preguntamos por su origen y recorrimos la historia según el modelo de la psiquiatría; luego nos hicimos la pregunta acerca de la mente: ¿es realista pensar en algo que sea mente? Y nuestra respuesta fue sí. Luego nos preguntamos por la función de lo mental y llegamos a establecer la importancia que tiene la práctica social. De esta manera, logramos dilucidar, acompañados de Graham, lo que nos parece que es una definición de desorden mental. Lo llamativo ha sido que, haciendo el mismo recorrido que Graham, hemos concluido que el estrés postraumático está mal categorizado como desorden mental.

Hemos constatado que el TEPT es un concepto confuso, oscuro; y esta confusión no aporta mucho a la tarea de aliviar el sufrimiento, ni a clarificar un curso de acción terapéutico; incluso más, parece que el desplazamiento hacia la enfermedad y la nominación como un desorden mental ha sido perjudicial.

El concepto de trauma psicosocial, que sólo hemos podido enunciar, parece más plausible como espacio de transformación de las prácticas sociales que perpetúan la violencia desde individuos e instituciones. De alguna manera, este diagnóstico de TEPT opera desde la incredulidad en el otro y aleja la posibilidad de un “nosotros”, dificulta el dialogo y la comunicación “Jasperiana” e impide la revelación a la que apela Haugeland.

Por otra parte, en esta tesis hemos querido poner el énfasis en una psiquiatría no sólo centrada en lo cuantitativo sino también centrada en valores. Nuestra conclusión en el nivel

clínico es que el psicoanálisis ha venido haciendo un aporte extraordinario al estudio de la subjetividad. Sin embargo, en nuestra realidad contemporánea, en la cual la medicina ha dejado de ser un arte y busca un acercamiento a la ciencia, nos parece que la fenomenología es lo urgente.

Una psiquiatría post-tecnológica no debe abandonar las herramientas provistas por la ciencia empírica o rechazar la enseñanza en medicina y en técnicas psicoterapéuticas, sino que debe comenzar a posicionar como primarios la ética y los aspectos hermenéuticos de nuestro trabajo, destacando la importancia de examinar los valores, las relaciones, la política y la base ética de la atención y el cuidado. Tal cambio tendrá implicaciones importantes en relación con nuestras prioridades de investigación y con las habilidades que enseñamos a nuestros aprendices. Esto representa un desafío sustancial y muy emocionante para nuestra profesión. Resulta de enorme importancia constatar que todas las formas de sufrimiento involucran capas de la historia personal, que se encuentran incrustadas en un plexo de relaciones significativas que, a su vez, están incrustadas en sistemas culturales y políticos.

En síntesis:

1. El TEPT está mal diagnosticado como enfermedad mental.
2. La mejor manera de describir la vivencia de personas que padecen situaciones que consideramos traumáticas es: hermenéutica, holista y anti-individualista.
3. La categoría "enfermedad mental" se basa en un reduccionismo de la mente, el cual no puede dar cuenta de la complejidad de las «situaciones- límite».
4. Para entender una persona en esta situación y su contexto, se requiere una mirada inter y transdisciplinaria. En sentido estricto ni son enfermedades, ni su tratamiento es tarea de un médico.

### **Bibliografía:**

Alexander F, Kardiner A, Lewin B, *et al.* (1958). *neurosis, sexualidad y psicoanálisis de hoy, capII*. Biblioteca el hombre contemporáneo. Paidós.

Andreasen, N. (1984). *The biological revolution in Psychiatry*. New York, EEUU: Editorial Harper & Row.

Andreasen, N. (2001) *Brave new brain*. Oxford University press.

Andreasen, N. (2005). *The creating brain*. New York, EEUU: editorial Dana.

American Psychological Association. (2017). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults.

American Psychiatric Association. (1952), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Mental disorders*. Washington, DC.

American Psychiatric Association. (1968) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC, 2 ed.

American Psychiatric Association. (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC, 3rd ed.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC, 4th ed.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing; Arlington, 5th ed.

Bauman, Z. (2009). *Do ethics have a chance in a world of consumers?* Londres, Inglaterra: Editorial Harvard University press.

Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo xix*. Madrid, España: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Berrios, G. (2011). *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos.

Bracken, P. J. (2002). *Trauma. Culture, Meaning and Philosophy*. London : Whurr Publishers Limited.

Charney D, Nestler E, Sklar P, *et al.* (2004). *Neurobiology of mental illness*. 2d ed. New York, EEUU: Editorial Oxford.

Cyrulnik, B. (2002). *Los Patitos Feos. Resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.

Ferenczi, S. (1981). *Confusiones de lenguas entre los adultos y el niño. Obras Completas Tomo IV*. Madrid, España: Editorial: Espasa.

First. (2002). *DSM-IV-TR guidebook*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.

Freud, S (2007-2008). *Estudios sobre la histeria. Obras completas*. Buenos Aires, Argentina:Editorial Amorrortu.

Freud, S (2007-2008). *El malestar de la cultura. Obras completas*. Buenos Aires, Argentina:Editorial Amorrortu.

Freud, S (2007-2008). *Lecciones policlínicas. Obras completas*. Buenos Aires, Argentina:Editorial Amorrortu.

Fulford KWM. (Ed). (2013). *The Oxford Handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford, Reino Unido: Editorial Oxford.

Gibson, J. (1986). *The Ecological Approach to Visual Perception*. Nueva York, EEUU: Editorial psychology press.

Graham, G. (2010). *The Disordered Mind: An Introduction to Philosophy of Mind and Mental Illness*. Londres, Inglaterra: Editorial Routledge.

Hacking, I. (1995). *Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton, New Jersey: Editorial Princeton University Press.

Haugeland, J. (1998). *Having Thought: Essays in the metaphysics of mind*. Michigan, EEUU: Editorial Harvard University Press.

Heidegger, M. (1951). *El Ser y el Tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Heidegger, M. (2001). *Zollikon Seminars: Protocols, Conversations, Letters*. Evanston, Chicago: Editorial Northwestern University Press.

Janet, Pierre (1925). *Psychological Healing*. New York: The MacMillan Company.

Jaspers, K. (1969). *Philosophy*, volumen 1. Berlin, Alemania: Editorial Springer. The University of Chicago press.

Jaspers, K. (1970). *Philosophy*, volumen 2. Berlin, Alemania: Editorial Springer. The University of Chicago press.

Jaspers, K. (1977). *Psicopatología General*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Beta.

Kant, I. (1990). Ensayo sobre las enfermedades de la cabeza. París: G. F. Flammarion.

Kardiner, A. (1947). *War Stress and Neurotic Illness*. New York, EEUU: Editorial Hardcover.

Kenneth S K, Parnas J. (2017). *Philosophical issues in psychiatry IV*, Psychiatric nosology. Nueva York, EEUU: Editorial Oxford University Press.

Leys, R. (2000). *Trauma: A Genealogy*. Chicago, EEUU: Editorial Universidad de Chicago Press.

Martín-Baró, I. (1983). *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica*. El salvador: Editorial UCA Editores.

Martín-Baró, I. (1990). *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. El salvador: Editorial UCA Editores.

Pichot, P. (1983). *Un siglo de psiquiatría*. París, Francia: Editorial Roche.

Sellars, W. (1963), W. *Science, Perception and reality*. Londres: Editorial Routledge & Kegan Paul.

Sgombich, Frenz. (2008). Estudio de preferencias sociales para la definición de garantías explícitas en salud, Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria – Ministerio de Salud.

Sperber D., Premack D and AJ (1995). *Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate. chapter 12. The looping effects of human kinds*. Harvard University.

Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.

Vallejo, J. (2003) *Tratado de Psiquiatría. Clasificaciones*. Ars Medica. Barcelona.

World Health Organization (1992). *ICD- 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Geneva*: World Health Organization.

Young, A. (1995). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, Ney Jersey: Editorial Princeton University Press.

Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, *et al.* (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Revista The british Journal of Psychiatry*. vol199(5), pp: 367-372.

Alarcón, R. (2002). Trastorno por estrés postraumático: estudios en veteranos de guerra norteamericanos y su relevancia para América Latina. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. vol40.suppl 2, pp: 35-47.

Aragona, M. (2013). Neopositivism and the DSM psychiatric classification. An epistemological history. Part 1: Theoretical comparison. *Revista History of Psychiatry*. Junio, vol24(2), pp:166-179.

Aragona, M. (2013). Neopositivism and the DSM psychiatric classification. An epistemological history. Part 2: Historical pathways, epistemological developments and present-day needs. *Revista History of Psychiatry*. Dec, vol24(4), pp:415-26.

Barsky, AJ. (2017). *The iatrogenic potential of the physician's words*. *Revista JAMA* Dec 26;318(24) pp:2425-2426.

Benjet C, Bromet E, Karam EG, *et al.* (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Revista Psychological medicine*, Enero2016, vol46 (2), pp: 327-43.

Bradley RG, Binder EB, Epstein MP, *et al.* (2008). Influence of child abuse on adult depression: moderation by the corticotropin-releasing hormone receptor gene. *Revista Arch Gen Psychiatry*. vol65(2), pp: 190-200.

Brewin CR, Lanius RA, Novac A, *et al.* (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after Criterion A. *Revista Journal Trauma Stress*. vol22(5), pp: 366–373.

Brülde, B. and Radovic, C. (2006). What is mental about mental disorder? *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* 13, 99–116.

Caponi, S. (2012). Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales. *Revista Dynamis*, vol32(1), pp:185-207.

Castilla C. (2007). Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*. vol.27 (99), pp: 105-188.

Craske MG, Stein MB, Sullivan G, *et al.* (2011). Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Revista Archives of General Psychiatry*, vol 68 (4), pp: 378-388.

Crocq, MA. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Revista Dialogues in Clinical neuroscience*, Mar. vol2 (1),pp: 47-55.

Cohen, L. (2011) La recalibración de los conceptos para un Nuevo paradigma. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*. vol10(1), pp: 26-30.

Corzo, P. (2009). Trastorno por estrés postraumático en psiquiatría militar. *Revista Med.* vol17(1), pp: 81-86.

Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC medicine*, 11, 126. doi:10.1186/1741-7015-11-126.

Durisko Z, Mulsant BH, McKenzie K, *et al.* (2016). *Using Evolutionary Theory to Guide Mental Health Research Can.* *Revista Journal Psychiatry.* vol61(3), pp: 159-165.

Eraly SA, Nievergelt CM, Maihofer AX, *et al.* (2014). Assessment of plasma C-reactive protein as a biomarker of posttraumatic stress disorder risk. *Revista JAMA Psychiatry.* vol71(4), pp: 423-31.

Freidin, E. (2001). Kandel y sus aportes teóricos a la psicología y a la psiquiatría. *Revista Medicina.* Vol6, pp: 898-902.

Germain, A. (2013). Sleep disturbances as the hallmark of PTSD: where are we now?. *Revista The American Journal of Psychiatry.* vol170(4), pp: 372-382.

Holdorff, B. (2011) The fight for 'traumatic neurosis', 1889-1916: Hermann Oppenheim and his opponents in Berlin. *Revista History of Psychiatry.* Dec. vol22, pp: 465-76.

Janet, Pierre (1888). Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme. *Revue Philosophique*, 25, 238-279.

Jones E, Fear NT, Wessely S. (2007). Shell shock and mild traumatic brain injury: a historical review. *Revista The American journal of Psychiatry.* vol164(11), pp:1641-1645.

Kandel, ER. (1998). A new Intellectual Framework for Psychiatry. *Revista American Journal of Psychiatry*, Abril 1998, vol155(4), pp: 457-469.

Kapur S, Phillips AG, Insel TR. (2012). Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it?. *Revista Molecular Psychiatry*. Dic.Vol17(12), pp: 1174-1179.

Kendler, KS. (2009). An historical framework for psychiatric nosology. *Revista Psychological Medicine*. Dic, vol39(12), pp: 1935–1941.

Kendler, KS. (2012). The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic functional/hardware software dichotomy with empirically based pluralism. *Revista Molecular Psychiatry*. vol4(17), pp: 377-388.

Lapoujade, MN. (2015). The indispensable essay on the diseases of the head(kant,1764).*Revista Ciencias Psicológicas*. vol9(1), pp: 107 – 113.

Laurent, E. (2002). El revés del trauma. Recuperado de:  
<http://virtualia.eol.org.ar/006/default.asp?notas/el Laurent-01.html>

McGorry P, Keshavan M, Goldstone S, *et al.* (2014). Biomarkers and clinical staging in psychiatry. *Revista World Psychiatry*. vol13(3), pp: 211-223.

McHugh P R, Treisman G. (2007). PTSD: A problematic diagnostic category. *Revista Journal of Anxiety Disorders*. vol 21(2), pp: 211–222.

McNally R J. (2009). Can we fix PTSD in DSM-V?. *Revista Depression and Anxiety*. vol26,pp: 597–600.

Mehta D, Torsten K, Conneely K, *et al.* (2013). Childhood maltreatment is associated with distinct genomic and epigenetic profiles in posttraumatic stress

disorder. *Revista Proceedings of the National Academy of Sciences*. Vol14(20):8302-8307.

Minassian A, Maihofer AX, Baker DG, *et al.* (2015). Association of Predeployment Heart Rate Variability With Risk of Postdeployment Posttraumatic Stress Disorder in Active-Duty Marines. *Revista JAMA Psychiatry*. vol72(10), pp: 979-986.

Myers, CH. (1915). A Contributions to the study of shell shock. *Revista The Lancet*, vol185(4772), pp: 316-320.

Pai, A., Suris, A. M., & North, C. S. (2017). Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 7(1), 7. doi:10.3390/bs7010007.

Parnas J, Moller P, Kircher T, *et al.* (2012). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Revista Encephale. Dic.* vol38 Suppl 3, pp: 121-145.

Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC, *et al.* (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature reviews neuroscience*. Vol13(11), pp:769–787.

Rosen GM, Taylos S. (2007) Pseudo-PTSD. *Revista Journal Anxiety Disord.* vol21(2), pp:201-210.

Sheffield, G. (2014). Military discipline and punishment. *Revista British Library*. Recuperado de [https:// www.bl.uk/world-war-one/articles/military-discipline](https://www.bl.uk/world-war-one/articles/military-discipline).

Scott, W. (1990). PTSD in DSM-III: a case in the politics of diagnosis and disease. *Revista Social Problems*. vol37, pp: 294–310.

Shevlin M, Hyland P, Karatzias T, *et al.* (2017). Alternative models of disorders of traumatic stress based on the new ICD-11 proposals. *Revista Acta Psychiatrica Scandinava*. Mayo, vol135(5), pp:419-428.

Slade, M. (2009) Rethink recovery series; volume 1: A guide for mental health professionals. *Revista 100 ways to support recovery*, pp:1-30.

Spitzer RL, First MB, Wakefield JC. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Revista Journal of Anxiety Disorders*, vol21(2), pp: 233–241.

Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *Revista BMJ*. vol322pp: 95–98.

Thabrew H, de Sylva S, Romans S. (2012). Evaluating Childhood Adversity. *Revista Adv Psychosomatic Medicine*, vol32, pp: 35–57.

Ungar, M. (2008). Resilience across Cultures. *Revista British Journal of Social Work*. vol38(2), pp: 218-235.

Ungar, M. (2010). *Families as Navigators and Negotiators: Facilitating Culturally and Contextually Specific Expressions of Resilience*. *Revista Family Process*. vol49(3), pp: 421-435.

Van der Hart, O. (1989). The Dissociation Theory of Pierre Janet. *Revista Journal of Traumatic Stress*, Vol 2(4), pp: 1-10.

Van der Hart, O. (1999). Trauma-Induced Dissociative Amnesia in World War I Combat Soldiers. *Revista Aust N Z J Psychiatry*, Feb: 33(1), pp: 37-46.

Van der Kolk, BA. (1989). Pierre Janet & the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma. *Revista American Journal of Psychiatry*, vol146(12), pp: 1530-1540.

Vilarinho, YC. (2014). Irritable heart syndrome in Anglo-American medical thought at the end of the nineteenth century. *Revista Historia Ciencias Saude Manginhos*. Oct-Dic.2014,vol21(4), pp: 1151-1577.

Waissbluth, M. (2017). El Tsunami de la Patología mental en Chile. Centro de sistemas públicos. Ingeniería industrial/Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.sistemaspublicos.cl/publicacion/el-tsunami-de-la-patologia-mental-en-chile/>

Xian H, Chantarujikapong SI, Scherrer JF, *et al.* (2000). Genetic and environmental influences on posttraumatic stress disorder, alcohol and drug dependence in twin pairs.*Revista Drug Alcohol Depend.* vol61, pp: 95–102

Yehuda, R. (2001). Learning from September 11, 2001. *Revista CNS Spectrums*. vol7(8), pp:566-567.

Zenobi, D. (2017). Políticas para la tragedia: Estado y expertos en situaciones de crisis.*Revista Iberoamericana – Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies*. vol46(1), pp: 30–41

Zoellner L, Bedard-Gilligan M, Jun J, *et al.* (2013). The Evolving Construct of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): DSM-5 Criteria Changes and Legal Implications. *Revista Psychology In Law*. Dic, vol1;6(4), pp: 277-289.

#### **ANEXO A. Criterios diagnóstico TEPT según DSM V.**

CRITERIO A: Expuesto(a) a la muerte real o amenazada, lesiones graves o violencia sexual. De uno o más de siguientes modos:

Experimentar directamente el evento traumático (s).
Testificar, en persona, el(los) evento traumático (s) como ocurrió a otros.
Enterarse del evento traumático (s) ocurrido a familia o amigo cercano. En caso muerte real o amenaza de familiar o amigo, el evento (s) debe haber sido violento o accidental.
Exposición repetida o extrema a detalles aversivos del evento traumático (por ejemplo, los primeros que recogen restos humanos; expuestos repetidamente a detalles de abuso infantil).

Presencia de uno o más de los siguientes síntomas, comenzando después que el (los) evento(s) traumático(s) ocurrió:

1. Recuerdos recurrentes, involuntarios e intrusivos y angustiosos del (los) evento traumático (s).
2. Sueños angustiantes recurrentes en los que el contenido y / o el afecto del sueño están relacionados con el (los) eventos traumáticos (s).
3. Reacciones disociativas (ejemplo: flashbacks) en las que el individuo siente o actúa como si el (los) evento traumático(s) fueran recurrentes.
4. Aflicción psicológica intensa o prolongada por exposición a factores Internos o externos señales que simbolizan o se asemejan a un aspecto del evento traumático (s).
5. Las reacciones fisiológicas marcadas a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto del (de los) evento (s) traumático (s).
6. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos angustiosos, pensamientos o sentimientos estrechamente asociados con el (los) evento (s) traumático (s).
7. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que causan angustia, recuerdos, pensamientos o sentimientos sobre o estrechamente relacionados con el evento (s)

traumático (s).
8. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático.
9. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, otros, o el mundo (ej. "soy malo", "nadie puede confiar", "el mundo es completamente peligroso).
10. Cogniciones persistentes y distorsionadas sobre la causa o las consecuencias del evento (s) que llevan al individuo a culpar a sí mismo o a otros.
11. Estado emocional negativo persistente (por ejemplo, miedo, horror, cólera, culpa o vergüenza).
12. Menos interés o participación en actividades significativas.
13. Sentimientos de desapego o alejamiento de otros.
14. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (por ejemplo, incapacidad para experimentar felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
15. Comportamiento irritable y estallidos de enojo (con poca o nada provocación) típicamente expresada como agresión verbal. o físicas hacia las personas u objetos.
16. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
17. Hipervigilancia.
18. Exagerada respuesta de sobresalto.
19. Problemas con la concentración.
20. Alteración del sueño (ej. dificultad de inicio o permanecer dormido o inquieto dormir).