

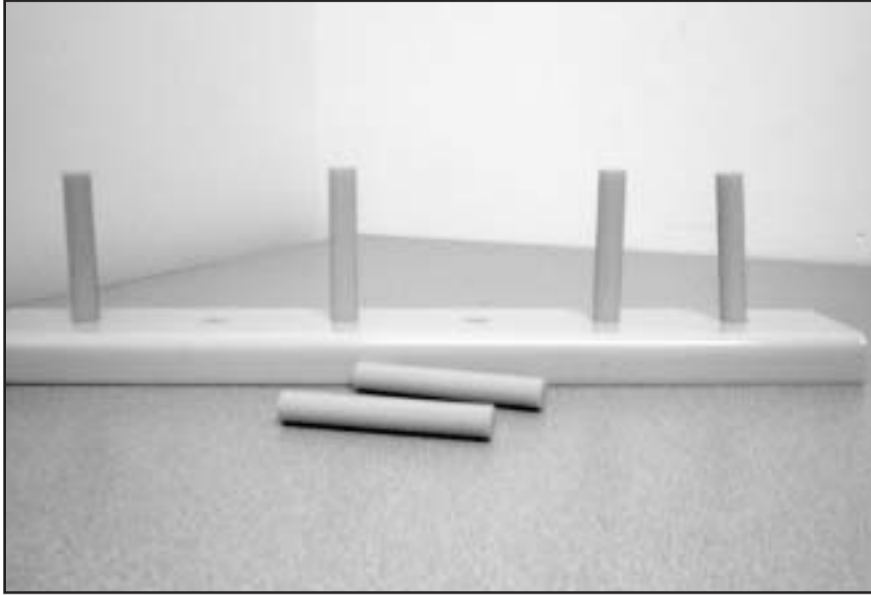
La prueba de la prueba

Camilo Ramírez Garza

Pruebas, pruebas y más pruebas: prueba de amor, prueba de embarazo, pruebas de aptitud, pruebas de confianza, validez y perfil profesional, pruebas psicológicas, médicas, de resistencia de los materiales, etc. todas y cada una de ellas sujetas igualmente a escrutinio y revisión de confiabilidad y validez. Sin embargo, en el caso de las pruebas aplicadas a los humanos, a diferencia de las pruebas, por ejemplo, aplicadas a diversos materiales en algún proceso industrial, éstas están sujetas a un imposible: pretender no solo valorar al sujeto en un punto determinado, digamos el momento de la prueba, sino declarar algo hacia el futuro del sujeto al que se las aplican: ¿Es apto este sujeto para desempeñar tal o cual función? ¿Será capaz a futuro de hacer...sí/no...cometer...?

No existen instrumentos psicológicos que puedan plantear lo que un sujeto hará o no hará en el futuro. Sin embargo, si esa es una ingenua ilusión que suscitan las pruebas psicológicas (psicométricas y proyectivas) ¿Cómo es que se sigue solicitando a psicólogos dar ese veredicto según las pruebas?

En Vigilar y Castigar, Michel Foucault es claro al describir cómo surge tal función de pretender "leer el futuro", desligando el objeto y ámbito del Derecho, juzgando ya no solo los actos



No existen instrumentos psicológicos que puedan plantear lo que un sujeto hará o no hará en el futuro.

consumados de los sujetos, sino a partir del surgimiento y rodeo de "jueces paralelos" (el psicólogo y el psiquiatra) se dejará de investigar lo que alguien ha hecho, para ahora pretender "juzgar" lo que alguien "es" y podría hacer. Cosa por demás delirante, elemento necesario para el surgimiento tanto la psiquiatría como de la psicología, en particular su costado de aplicación de pruebas. Pues no importa lo que una prueba psicológica pueda medir, como esté construida y operacionalizada en sus ítems, quien revisa tendrá no solo que dar un "veredicto" psíquico sobre

el momento de la valoración, sino intentar -y esa es muchas veces el objetivo de la aplicación de pruebas psicológicas- decir algo sobre lo que el sujeto hará y, casi casi, será en un futuro. Cosa por demás imposible, pues insistimos, ya no se trata de lo que el sujeto hace, sino de lo que podría hacer. Situación que requiere necesariamente de la noción del "sujeto sospechoso", quien no ha hecho nada, pero podría hacer, simple y sencillamente, porque cuenta con "algunos/varios/ muchos rasgos", así como la del "sujeto apto"; cada uno de los dos se definiría por



oposición del otro, por la presencia y/o ausencia de tal o cual rasgo (perfil) que se considere en ese momento histórico y cultural como el requisito para tal o cual noción. A partir de lo cual se hace no solo una reducción del sujeto a simple matematización de sus rasgos presentes en tal o cual manual de psicología o psiquiatría, sino se extrapola a lo que "podría hacer" y "ser", con lo cual se podría decir que el sujeto es ya "culpable" (o inocente) pero inocente de lo que parece, pues guarda una relación con una noción contenida en una tabla de miles de sujetos a los cuales igualmente se les dio un "trato científico" y, voilá!, ¿Quién se atrevería en estos tiempos a ir en contra de la sacrosanta ciencia, argumentada con evidencia científica, sustentada en estadísticas? La esclavitud de las mayorías.

Pues aunque pareciera una cosa ilógica, los humanos a pesar de ser estudiados mediante el método científico, no poseemos (ni cada uno de nosotros, ni nuestras diversas experiencias) una estructura científica, ya que ella misma cancela toda posibilidad de abordar un asunto humano singular, al reducirlo todo a la generalidad que plantea y ofrece como universal. Proceso empleado por el biopoder, donde un sujeto es reducido a un grupo (bios, al zoo, estadística) en donde aquel elemento que nos hizo humanos (el lenguaje y la diversidad) desaparece para ser ahora comandada por la medicina, la psicología y la estadística, intentado decimos no solo cómo debemos vivir, sino cómo ser.

[Htp://columnacamilo.jimdo.com](http://columnacamilo.jimdo.com)
Twitter: CamiloRamirez_

Sufrir la pérdida de un ser querido, ¿una enfermedad?

La nueva edición de la "biblia" de los psiquiatras, el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DMS) -que se publica en Estados Unidos pero utilizan muchos psiquiatras alrededor del mundo- intenta clasificar el dolor por la muerte de un ser querido como una enfermedad mental.

Esta clasificación importa porque una de las principales funciones de este manual es guiar a los psiquiatras sobre el diagnóstico de los síntomas de un paciente y el tratamiento que debe recibir, que incluye fármacos.

Si se clasifica al dolor de una pérdida como una enfermedad mental, la persona que está sufriendo por esa muerte podrá recibir antidepresivos para "tratar" ese dolor.

Pero, ¿es este dolor una enfermedad? Y, ¿cuánto tiempo se debe permitir que una persona sufra la muerte de un ser querido antes de clasificarla como 'enferma'?

En un editorial, la revista médica británica The Lancet, expresa "preocupación" por esta inclusión.

"El dolor por la muerte de un ser querido -dice- no es una enfermedad y no debe ser tratado con medicamentos".

El apasionado artículo de The Lancet, afirma que "medicar" una emoción humana normal como ésta "no es sólo peligrosamente simplista, sino también es una estrategia fallida".



"El dolor por la muerte de un ser querido -dice- no es una enfermedad y no debe ser tratado con medicamentos".

Los editores afirman que esta medida que parece categorizar las emociones extremas como un problema que necesita resolverse es muy preocupante.

COMPASIÓN, NO FÁRMACOS

Las ediciones previas del DSM -que publica la Asociación Psiquiátrica Estadounidense- subrayaban la necesidad de que antes de llevar a cabo un diagnóstico de un trastorno mental serio, el psiquiatra considere, y a menudo excluya, el dolor por una muerte cercana en un paciente.

Pero la nueva edición -la quinta-, que se publicará próximamente, no incluye esta advertencia.

Según The Lancet, "en la versión en borrador del DSM-5 no hay tal exclusión del dolor por una muerte cercana".

Esto significa, dice, que los sentimientos de profunda tristeza, pérdida, dificultad para dormir, llanto, incapacidad para concentrarse, cansancio y falta de apetito, que continúan durante más de dos semanas tras la muerte de un ser querido, pueden ser diagnosticados como depresión y no como una

reacción normal a esa pérdida.

Recetar fármacos a estas personas, afirma la revista, es una estrategia fallida y no hay evidencia que muestre la efectividad de tratar con antidepresivos a la gente que perdió a un ser querido recientemente.

The Lancet también expresa preocupación porque la Organización Mundial de la Salud (OMS) está actualmente revisando su Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD), en la cual se basan los médicos en todo el mundo para el diagnóstico de enfermedades.

Según el artículo, "el equipo de la OMS que revisa esta última edición (ICD-11) está debatiendo una propuesta para incluir una categoría llamada 'trastorno de dolor prolongado por pérdida de un ser querido'".

Tal como señalan los expertos, hay casos en el que el dolor de una persona que pierde a un ser querido se prolonga o se convierte en depresión.

Pero la mayoría de la gente que experimenta la muerte de un ser cercano no necesita tratamiento de un psiquiatra ni de otro médico.

"El dolor por una pérdida cercana está asociado con efectos adversos en la salud, tanto físicos como mentales, pero es mejor dirigir las intervenciones a aquellas personas en alto riesgo de desarrollar un trastorno o a aquellas que desarrollan un sufrimiento compli-

cado o depresión, pero no a todos", expresa The Lancet.

Y concluye que "el dolor por una muerte cercana no es una enfermedad; es más útil pensar que esto forma parte del ser humano y es una respuesta normal a la muerte de un ser querido".

"Poner un margen de tiempo a este dolor es inapropiado. Por favor: DSM-5 y ICD-11, tomen nota".

"Para quienes están atravesando la pérdida de un ser querido, más que tabletas, un médico debe ofrecer tiempo, compasión, recuerdos, y empatía", expresa la publicación.



Hay casos en los que el dolor se prolonga o se convierte en depresión.

Autismo se 'escribe' en cerebro a los seis meses

Laura Tardón

A los seis meses de edad, los niños con alto riesgo de desarrollar autismo ya presentan algunas diferencias cerebrales. Así lo desvela un equipo de expertos de la University of North Carolina (EU) en un artículo publicado en 'American Journal Psychiatry'.

Según sus conclusiones, se observan anomalías relacionadas con la cantidad y la organización de la sustancia blanca y con las interconexiones cerebrales durante la primera infancia. "Nunca se había estudiado en niños tan pequeños y con un seguimiento de dos años para

ver cómo evolucionan", apunta Mara Parellada, psiquiatra infantojuvenil y coordinadora de la unidad AMI-TEA [atención integral a toda la población con trastornos del espectro autista] en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

Dado que los síntomas del autismo suelen manifestarse después de los dos años de vida, los autores de esta investigación querían comprobar si el cerebro 'esconde' algunas pistas que puedan indicar antes el riesgo de desarrollar este trastorno. Para ello, seleccionaron a 92 niños que tenían hermanos mayores con autismo (un factor de alto riesgo). Mientras dormían, se les realizaba pruebas de imagen de res-



El estudio examinó 15 tractos de fibras diferentes y encontró significativas diferencias en 12 de ellas cuando se trataba de niños con autismo.

onancia magnética específica, a los seis meses y a los 24. Además, también se sometieron a escáneres cerebrales a los 12 y los 24 meses.

Al final del estudio, es decir, transcurridos dos años, 28 niños (30%) reunían los criterios para diagnosticar un desorden del espectro autista. El resto, el 70%, no los cumplían. Como señalan los investigadores, la diferencia entre los que finalmente desarrollaban el trastorno y los que no, estaba en "la extensión de las fibras de materia blanca (las vías que conectan las regiones cerebrales) medidas por anisotropía fraccional (FA).

El estudio examinó 15 tractos de

fibras diferentes y encontró significativas diferencias en 12 de ellas cuando se trataba de niños con autismo. En los menores que presentaban el trastorno, la velocidad con la que se organizaba la sustancia blanca era menor.

Para el principal responsable de la investigación, Jason Wolff, "esta evidencia sugiere que el autismo afecta a todo el cerebro, no de forma aislada a ninguna región en particular". Además, agrega, "este prometedor hallazgo es un primer paso hacia la posibilidad de desarrollar un biomarcador de riesgo que mejore nuestra actual capacidad de diagnosticar el autismo". Esto aumentaría las posibilidades de "interrumpir

el proceso con intervenciones dirigidas".

En esta misma línea la especialista española explica que "cuanto antes se detecta el riesgo de autismo, antes se puede intervenir y moldear el desarrollo cerebral del pequeño". No hay que olvidar que "es muy dependiente de la experiencia vital (cuanto más joven, más plasticidad tiene) y, estimulándolo adecuadamente, se puede cambiar la evolución. Cada vez hay más evidencia de que identificando antes a los niños con trastornos del desarrollo e interviniendo intensivamente, hay más niños que no llegan a cumplir criterios de autismo".

