



Revista de la Asociación Española de  
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría  
España

Guimón, José

Aspectos psicopatológicos de la desinhibición

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, núm. 91, julio-septiembre, 2004, pp. 23-36

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019659003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

*José Guimón*

## ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DE LA DESIINHIBICIÓN

PSICHOLOGY OF DESINHIBITION

### ■ RESUMEN

La ansiedad social, la timidez y la inhibición conductual tienen bases genéticas aún no bien aclaradas. La desinhibición se puede producir por trastornos cerebrales orgánicos, psicosis funcionales, consumo de sustancias psicoactivas y situaciones estresantes que bloquean las formaciones reactivas de vergüenza y timidez. El autor cree que la idea de un continuum desde la desinhibición social de la manía hasta las formas más graves de la ansiedad social, la personalidad evitativa, es prematura para la investigación etiológica. Como alternativa propone que se consideren varios espectros que se solapan en esta área basados en la fenomenología, la psicología cognitiva y la biología.

*Palabras clave:* Desinhibición, desvergüenza, timidez, Psicopatología

### ■ ABSTRACT

Social phobia, shyness and behavioral inhibition have genetic bases yet to be clarified. Desinhibition can be found in organic brain disorders, functional psychoses, substance abuse, and in the course of stressful situations blocking reaction formations of shame and shyness. The author believes that the hypothesis of a continuum ranging from social disinhibition seen in manic episodes to avoidant personality is still premature for etiological research purposes. He proposes that further efforts should be made in conceptualizing this area of psychopathology with insights coming from phenomenology, cognitive psychology and biology.

*Key words:* Desinhibition, shamelessness, shyness, psychopathology



## ■ INTRODUCCIÓN

En recientes trabajos (1, 2) he esbozado algunas nociones la desvergüenza, sus implicaciones etiopatogénicas y su clínica. Señalaba que pueden aparecer actitudes desvergonzadas en el curso de enfermedades neuropsiquiátricas y de perversiones específicas, bajo la forma de desinhibición y exhibicionismo. En otros casos, la desvergüenza es una postura con connotaciones creativas, o, por el contrario, alienantes, tomando la forma de obscenidad y pornografía, sobre las que he discutido también recientemente (3).

En el presente trabajo pretendo discutir sobre la desinhibición, término que ha perdido su especificidad psicopatológica al hacerse de uso popular y que ha merecido el interés de investigadores procedentes de campos dispares lo que justifica este intento de re-delimitación

## ■ ASPECTOS CONCEPTUALES

La desinhibición no se puede aprehender sin recurrir a los fenómenos opuestos, en particular la «inhibición».

### *Inhibición conductual, timidez y fobia social*

La inhibición es un proceso funcional activo, generalmente reversible que suspende o disminuye la manifestación de otro dispositivo fisiológico que se pone en acción (4). Su intervención explica numerosos fenómenos biológicos como el bloqueo de algunos reflejos peligrosos, la muerte de por inhibición, las impotencias sexuales psíquicas, etc..

Desde una perspectiva «cognitiva», las inhibiciones intervienen en el funcionamiento de la atención voluntaria y las asociaciones de ideas, eliminando de la conciencia las asociaciones inútiles. La hipnosis se ha explicado también por fenómenos de inhibición y el fenómeno de la «disociación» se han atribuido a mecanismos neurofisiológicos en los que la inhibición juega un papel fundamental.

Desde un punto de vista afectivo y psicomotor, la educación y las experiencias espontáneas desarrollan también inhibiciones que nos permiten conformarnos a la vez a nuestras necesidades instintivas y a las exigencias de la vida social con sus prohibiciones y limitaciones.

En Psicología empírica se habla actualmente a menudo de «inhibición neuroconductual» y, en especial de la «la inhibición conductual ante lo desconocido» para referirse a la inhibición que presentan algunas personas (y animales) ante situaciones sociales y no sociales «no familiares»

En cuanto a la timidez, Jung propuso ya la existencia que una hipersensibilidad innata (que se ha comprobado posteriormente que existe en en el 20% de los seres humanos) que predispone a algunos niños a sufrir más por algunas experiencias infanti-

les y ser luego tímidos y ansiosos. Estos niños tienen tendencia a procesar primero completamente la información antes de actuar, mientras que la mayoría de las personas actúa rápidamente «motrizmente». Se ha visto que estas personas hipersensibles desarrollan más depresión ansiedad y timidez, si hay más estrés de lo deseable, aunque si el ambiente es muy protector, pueden, paradójicamente, presentar menos patología, de hecho, que la media (5). Se advierte en esta diferencia ya la importancia de lo social, del ambiente, en la conformación de la sintomatología que nos ocupa.

La ansiedad social (o fobia social) se define, por su parte, como «un temor intenso y persistente hacia situaciones sociales o en las que hay que actuar ante un público. Se da en el 13% de la población y puede ser muy incapacitante, coexistiendo a veces con depresión o distimia. La timidez y la fobia social (sobre todo la variedad denominada por Gelder «generalizada») son parecidas pero no idénticas porque un individuo puede ser extremadamente tímido pero no tener una fobia social (6).

#### *Culpa, vergüenza, pudor*

Para la enciclopedia Oxford de Filosofía, «culpa» (7) es el «estado imputado a una persona que ha obrado mal moral o legalmente». Conviene, dice, distinguir (8) entre la culpa y el tener un sentimiento de culpa, puesto que una persona culpable puede no experimentar tales sentimientos y una persona inocente puede estar abrumada por sentimientos de culpa no justificados. El punto crucial de la cuestión sería: «¿fue evitable el mal cometido por este agente moral responsable?».

El vecino concepto de vergüenza, dice esa enciclopedia, se solapa y a la vez se aleja del comportamiento lógico de culpa. «El sentido de vergüenza es sensible a la crítica moral de los otros, especialmente cuando uno se siente tentado a traspasar los niveles básicos de decencia o integridad. Estar avergonzado no es solamente reconocer la culpa objetiva de uno, sino que también comporta una dolorosa y triste conciencia de fracaso moral, un sentimiento de pérdida de estima y de autoestima, un deseo de ocultarse a las miradas de los otros» (...). «No tener vergüenza ( ¡compárese con no ser culpable!) es carecer de la siguiente sensibilidad: cuando yo sea culpable, deberé sentirme avergonzado de mí mismo». La vergüenza, dice la enciclopedia en otra entrada, es (7) , «al igual que la culpa, auto acusatoria, pero (lo) es a través de los ojos de los otros, como miembro inseparable de un grupo o comunidad» (...) «El sentimiento de culpa es una emoción profundamente individualista, un asunto de auto escrutinio y auto condena». Veremos posteriormente que Castilla del Pino contradice esta visión, al subrayar el carácter relacional de la culpa.

También señala esa Enciclopedia que «Aristóteles toma en su ética a la vergüenza como una «cuasi-virtud». No es bueno sentir vergüenza porque no es bueno haber hecho algo de lo que tener que sentirse avergonzado, pero hacer algo malo y no sentir vergüenza por ello es la prueba definitiva de un carácter malvado(9)». Renuncio a discutir aquí estas diferencias que he mencionado en otro lugar (2).

Finalmente, la palabra «pudor», tiene en español connotaciones más directamente sexuales y así el Espasa (10) habla de honestidad, recato y sentimiento de «vergüenza hacia lo relacionado con el sexo, a mostrarse desnudo, etc» y para el Junceda (11) puede designar las «partes externas de los órganos sexuales humanos». El Robert define «pudeur» como la molestia que una persona experimenta al pensar en cosas de naturaleza sexual.

## ■ ETIOPATOGENIA DE LA DESINHIBICIÓN

### *Factores biológicos*

- La inhibición y la timidez

Varios estudios recientes confirman la sospecha de la existencia de una tendencia hereditaria en estos rasgos conductuales y proponen explicaciones bioquímicas respecto a su mediación.

Así, se ha descrito un caso de asociación entre el síndrome del cromosoma X frágil (FXS) y el mutismo selectivo en una niña de 12-años con una mutación heterocigótica en FMR1 y una larga historia de ansiedad social y timidez (12). Se han observado también polimorfismos genéticos en los neurotransmisores serotoninérgicos y dopaminérgicos asociados a rasgos de «evitación del daño» y «búsqueda de novedades» (en la nomenclatura de Cloninger y Livesley) elevados.

Parece, así mismo, que ciertos polimorfismos en enzimas que median en el metabolismo de las monoaminas influyen en esos componentes del temperamento. Así se ha afirmado que un polimorfismo de la enzima CYP2D6 puede tener influencia en la personalidad a través de su influencia sobre los neurotransmisores cerebrales (13) y que un polimorfismo del C178T en el gene HTR3A (relacionado con la serotonina) puede influir sobre el rasgo de evitación del daño en mujeres (14). Finalmente se ha relacionado el polimorfismo del 5-HTTLPR largo con niveles de timidez en estudiantes y con el trastorno obsesivo-compulsivo y el autismo (15).

La hipoactividad dopaminérgica ha sido asociada con la fobia social y a déficits en las funciones de premio e incentivo(16).

- La desinhibición

La herencia puede determinar no sólo el padecimiento de determinadas demencias heredo-degenerativas que pueden cursar con síntomas no cognitivos como la desinhibición sino el tipo de lesión y los síntomas asociados. Así se ha descrito, en dos generaciones de pacientes suecos, cuadros de demencia presenil con atrofia temporal bilateral y alteraciones moderadas en la sustancia blanca frontal (17).

La localización de las lesiones cerebrales influye en los síntomas y, así, en la demencia fronto-temporal hay significativamente más euforia, desinhibición y conductas motoras aberrantes que en el Alzheimer, con lesiones más generalizadas y uniformes (18)

La desinhibición puede tener relación con determinadas influencias bioquímicas. Así, en un trabajo de investigadores españoles, un grupo de varones con puntuación alta en un factor constituido por «búsqueda de experiencias», desinhibición y tendencia al aburrimiento mostraron niveles de testosterona e índice de andrógenos libres significativamente más elevados (19). Por su parte, al contrario, los niveles bajos de serotonina están relacionados con la conducta sumisa, la inhibición conductual y la bulimia nerviosa (20)

#### *Factores psicológicos*

Desde un punto de vista experimental se han desarrollado un cierto número de instrumentos para medir los fenómenos que venimos describiendo, algunas de los cuales han sido adaptadas al castellano.

Así hay escalas para medir la timidez como la *Cheek's Shyness Scale* (21), la *Revised Shyness Scale* (22), la *Shyness/Self-consciousness scale* y *Shyness-to-the-Unfamiliar Scale* (Stevenson-Hinde and Glover). Otras evalúan rasgos cercanos, como la *Retrospective Self-Report of Behavioral Inhibition* (RSRI)) que mide la inhibición, la *Cloninger Harm Avoidance scale* (23) para la evitación del daño o la *Liebowitz Social Anxiety Scale* para la ansiedad social.

En el extremo opuesto, otros instrumentos miden la impulsividad como la *Barratt Impulsiveness Scale*) y, ya más específicamente, la desinhibición, como la *Disinhibition and Boredom Susceptibility Scale* (19) o los ítems relativos a la desinhibición en la *Sensation Seeking Scale*.

La adecuación psicométrica de las escalas ha sido discutida, no tanto en cuanto a su fiabilidad sino en cuanto a su validez y especificidad, ya que con frecuencia sus ítems y factores se solapan, como ocurre, tal y como hemos visto antes, con los conceptos mismos a que se refieren.

A través de estudios con estos y otros instrumentos sobre poblaciones generalmente «normales» y, menos frecuentemente, constituidas por pacientes psiquiátricos, se han ido obteniendo algunos datos de interés.

Así, los niveles de desinhibición y «emocionalidad negativa» disminuyen con la edad desde la adolescencia a la edad adulta, lo que apoya la hipótesis de que existiría en estos aspectos una «maduración psicológica normativa» (24). Los niveles de «búsqueda de sensaciones» decrecen, también, con la edad. Los hombres tienen más tendencia a búsqueda de sensaciones, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de aventuras que las mujeres (25).

Hay muchos trabajos que estudian inhibición conductual, timidez, ansiedad social y aislamiento pasivo en sujetos normales, pero pocos en pacientes previamente detectados como fóbicos sociales (26).

La inhibición conductual ante lo desconocido se refiere a la inhibición ante situaciones sociales y no sociales mientras que la timidez se presenta sólo en relaciones sociales y no en las no sociales. Ambas se asocian a la ansiedad tanto en niños como en adultos (22). La timidez empeora los rendimientos escolares de los niños cuando se realizan pruebas cara a cara pero no si se realizan en grupo (27).

Se ha relacionado la timidez infantil con la existencia de fobia social materna: (28) .(29) y la propensión a la inhibición conductual con la presencia en los padres de trastornos de pánico(30). Sin embargo, no está claro el papel jugado por la herencia y por el aprendizaje.

Por otra parte, la inhibición conductual y el aislamiento social aunque frecuentemente van de la mano, difieren en varios aspectos (31).

#### *Psicoanálisis*

Los conceptos de inhibición y timidez no han sido muy tratados en Psicoanálisis (32), aunque recientemente un número de la Revista francesa de psicoanálisis ha arrojado luz a la comprensión de la vergüenza (Green, Janin).

Freud subrayó incompatibilidad de algunos contenidos inconscientes con el Yo o el Ideal del Yo y en esa misma línea Gerhard Piers y Milton Singer, vieron al pudor como una respuesta de culpa frente al fallo en relación con las exigencias del ideal de Yo. Esta formulación psicoanalítica del pudor como fallo ha sido ampliamente aceptada en la psicología social y la antropología. Sin embargo, estas explicaciones se dirigen sólo al hecho de «estar avergonzado».

Otto Fenichel (33) situó en cambio la vergüenza en el contexto de los mecanismos de la «postergación de afectos», que son formas especiales de desplazamiento de afectos contra deseos sexuales, en especial la escotofilia, que tiene una conexión íntima con el exhibicionismo. Algunos analistas han propuesto incluso una zona ocular como son la específica de la vergüenza para complementar las tradicionales oral, anal y genitales.

La conducta desvergonzada, que puede a veces considerarse como desinhibida, a sido considerada como un «recurso ostentoso a lo repugnante, como una irrupción de los instintos sexuales» o como una formación reactiva contra los sentimientos de culpa (33). Hay gente que actúa de una manera provocativamente despreocupada y que se siente orgullosa de carecer de escrúpulos de conciencia pero que intentan enmascarar graves sentimientos de culpa. En ese sentido se ha propuesto que algunos pacientes exhiben actitudes contrafóbicas para dominar los temores de castración.

La desinhibición puede ser a veces explicada como el resultado de la utilización masiva de mecanismos de negación en contra de la culpa, la vergüenza o el daño físico o psíquico.

Fue Schilder quien primero estudió los aspectos psicoanalíticos de la desvalorización o minimización de las alteraciones de la salud corporal. La negación fue descrita por Freud como un mecanismo muy temprano del desarrollo relacionado con el «expulsar» las «partes malas», que se niegan, a la par que se «introyectan» y afirman las partes «buenas». Bertrand Lewin, al relacionar la negación y la manía, subrayó la diferencia existente entre negar (decir que no, contradecir) y renegar (negar una verdad). Melanie Klein interpretó la negación como un mecanismo defensivo de la posición esquizoparanoide mediante el que se niega la existencia del «objeto malo» o «perseguidor» y la parte del Yo ligada a éste. Tal negación es posible a través del «sentimiento de omnipotencia» propio del bebé. No es infrecuente observar tales sentimientos debajo de las actitudes desinhibidas de algunos pacientes.

#### *Psicosociología (lo relacional)*

- La conciencia de responsabilidad

No se puede comprender la desinhibición sin considerar el componente relacional de todo acto humano. Como comenta Castilla del Pino, todo acontecimiento se lleva a cabo en la realidad y afecta a toda la realidad. Cualquier acción tiene sentido porque es sobre algo y para alguien.

Una característica de todo lo real es su dialecticidad, es decir la propiedad que todos los reales concretos poseen de estar indefectiblemente en relación unos con otros. Ese en-tar-dar relación puede definirse como hacer. La puesta en relación de los objetos no de cada objeto tal cual es, sino que se modifican mediante el hacer que ejecutan en su relación recíproca.

El sentido de lo que el hombre hace sólo puede aprehenderse dialécticamente, es decir, en contraposición con los otros objetos de la realidad que determinan su situación

#### ■ PSICOPATOLOGÍA

##### *Inhibición, fobia social y Psicopatología.*

La timidez correlaciona moderadamente con la introversión y la comorbilidad psiquiátrica en los tímidos es significativamente mayor que en los no tímidos (34). La timidez no siempre precede a la fobia social (35), aunque la prevalencia de ésta es mayor en tímidos (18%) que en no tímidos (3%). La mayoría de los tímidos (82%) no son fóbicos socialmente.



Por su parte, la fobia social no es una mera timidez grave sino uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes (10% de prevalencia vida) e invalidantes. Sólo en un tercio de los casos la sintomatología remite en el curso de ocho años, comparado con dos tercios en el trastorno de pánico.(36).

El trastorno de ansiedad social entra bien en un modelo de espectros porque tiene cualidades de inicio precoz, cronicidad e inexistencia de un umbral claro de diferencia entre normal y patológico. En efecto se le ha pretendido situar (con otros trastornos poco frecuentes como el mutismo selectivo) en una tipología de inhibición-desinhibición de la que un extremo sería la manía y el otro el trastorno evitativo.

Otras tipologías pretenden establecer espectros con un foco en la preocupación por la comparación social e incluyen la fobia social, algunas depresiones atípicas, el trastorno dismórfico y los trastornos alimentarios . Aún otros intentos de espectros reúnen la fobia social con el uso de sustancias, el trastorno paranoide , el trastorno bipolar, el autismo y síndrome de Asperger's (16)

Parece ser que la inhibición protege contra la delincuencia a los niños sin que, como algunos preveían, se observe por ello un aumento del riesgo de depresión. Sin embargo, un exceso parece que correlaciona con la propensión a la esquizofrenia (37).

### *La desinhibición*

- Alteraciones corticales

Se observa sobre todo desinhibición en las psicosis orgánicas (los hoy llamados trastornos cerebrales orgánicos) en las que son, a veces, un signo revelador del inicio de un trastorno.

La desinhibición es, como hemos dicho antes, significativamente más frecuente en la demencia fronto-temporal que en la enfermedad de Alzheimer (18), en la que en un estudio se observó en el 21.8% de los pacientes, mucho menos que otros síntomas no-cognitivos (apatía en el 93.8%; irritabilidad (81.1%), ansiedad (75.0%), disforia (71.8%)) (38). En otra serie de pacientes, la desinhibición (junto a irritabilidad y depresión) eran más frecuentes en los estadios iniciales del proceso (39).

La desinhibición sexual es frecuente, principalmente en lesiones del lóbulo frontal y especialmente en ambientes residenciales, en forma de manipulación de los genitales, proposiciones sexuales inadecuadas, tocamientos, lenguaje obsceno, masturbación sin vergüenza, (40). Se presenta también en otras psicosis deficitarias (P.G. P., retrasos en el desarrollo, epilepsia crónica, etc.).

En las psicosis endógenas se ha descrito la presencia de desinhibición en pacientes con trastorno esquizofrénico y en las fases maníacas del trastorno bipolar, especialmente durante las crisis excitomotoras, en el contexto de otras conductas incongruentes (glotonería, exhibición, turbulencia, violencias). La desinhibición está tam-

bién en la base de los accesos de cólera y las alteraciones conductuales de ciertos pacientes delirantes.

Aunque en el trastorno obsesivo-compulsivo se considera que existe un exceso de inhibición (41), se observan, en algunas raras ocasiones, violentos accesos de cólera (42).

Las desinhibiciones explican a veces las conductas delictivas de algunos pacientes y hay que tener en cuenta su existencia para la apreciación de la eventual responsabilidad penal.

- Reacciones a drogas

La desinhibición neurocomportamental es un componente de propensión al inicio precoz del abuso de sustancias (43).

Hay reacciones idiosincrásicas a las benzodiacepinas con desinhibición, unida a otros síntomas como agresividad (0.3 to 0.7%), pero son mucho más frecuentes las reacciones buscadas voluntariamente. No hay especificidad de una u otra benzodiacepina (aunque se ha considerado el flunitrazepam como un narcótico (44) sino que se ha visto que los factores que intervienen en la conformación del cuadro clínico son más bien la dosis, el uso simultáneo de alcohol y otras drogas, y la existencia de psicopatología previa (hostilidad, impulsividad, frustración, trastornos de personalidad, depresión, etc. ).

El abuso de sustancias en la madre y el padre predicen la desinhibición neurocomportamental en el hijo y ésta predice el uso de sustancias entre los 10 y los 19 años. Se sugiere que una disfunción del cortex prefrontal contribuye al abuso de sustancias (45).

Se ha encontrado en delitos de intento de homicidio una correlación con el uso de marihuana y su efecto desinhibidor ante lo desconocido, en un estudio con niños que luego presentaron trastornos de ansiedad (46).

### *Anosognosia*

La desinhibición coexiste a menudo con la anosognosia, la anomalía de la conducta de enfermar, consistente en la no aceptación por parte del paciente de la existencia de una enfermedad que el médico le confirma que existe. Tal situación se puede observar, con distintos grados de intensidad, en el contexto de muchos cuadros clínicos.

Las alteraciones del esquema corporal producidas por lesiones cerebrales focales derechas (y, con mucha menos frecuencia, izquierdas) coexisten frecuentemente con comportamientos desinhibidos y grandiosos. Pueden, en ocasiones, presentarse de modo paroxístico (como equivalentes de auras epilépticas, etc.), en forma de sensaciones de ausencia de una parte del cuerpo, ilusiones de transformación corporal,

etc. Las lesiones del hemisferio derecho producen, a veces, trastornos de tipo de la anosognosia (desconocimiento de la parálisis contralateral, ) o de la anosodiaforia (indiferencia de los enfermos ante dicha lesión). Aunque estos síntomas se presentan, en general, de forma permanente, pueden tener también una aparición transitoria en la fase aguda de la enfermedad.

En situaciones de daño cerebral crónico más o menos difuso, se producen déficits intelectivos graves, que con frecuencia son hipovalorados o incluso negados por el paciente y que cursan a veces con desinhibición. En ocasiones, el enfermo se aferra a una queja somática más o menos trivial (que Goldstein llamó «condición preferida»), la cual acapara su atención, mientras descuida los trastornos cognitivos. Si se intenta por todos los medios hacer desaparecer la «condición preferida», se puede caer en el peligro de desencadenar una «reacción catastrófica», brusco estado depresivo que sobreviene al obligar al paciente a enfrentarse a sus dificultades psicológicas.

En el curso de numerosas alteraciones físicas graves se pueden observar negaciones o desvalorizaciones de la seriedad de la dolencia que curso en ocasiones con conducta desinhibida. Los comentarios de los autores clásicos sobre la negación de enfermedades se solían centrar en la consideración del fenómeno del «miembro fantasma». Más recientemente, se subrayó (Sharma) la importancia de factores psicológicos concomitantes en los que desempeñan un papel importante de los fenómenos de negación, que antes hemos comentado.

#### *La (relativa) ausencia de culpa*

Hay una corriente la Psiquiatría forense norteamericana que describe un subgrupo de delincuentes graves, frecuentemente con comportamiento desinhibido, en los que no se advierte ningún sentimiento de culpa y que se considera totalmente refractarios a ningún tratamiento psiquiátrico ni correccional. Corresponderían en su mayoría a los que Schneider había definido como «Psicópatas desalmados» y «desprovistos de afecto».

Sin embargo, hay autores que se resisten a creer en la total ausencia de culpa de estos individuos. Nos asombra, dice, por ejemplo, Castilla del Pino (47), el impudor con que delincuentes habituales se refieren a acciones que nosotros consideramos malas. «El asombro es mucho mayor cuando estos mismos delincuentes se comportan pudorosamente resistentes a la confesión de acciones que ellos consideran malas, aunque para nosotros no lo parecen tanto, como la más mínima deslealtad».

Hay personas que parecen no tener ningún sentimiento de culpa pero lo que ocurre, dice, es que la tienen suficientemente escondida. La culpa existe cada vez que se hace mal algo pero aquello que se reputa como mal varía de cultura a cultura y dentro de cada cultura de persona a persona. El objeto de culpa es la transgresión de un valor mediante una acción.

La vivencia de culpa es el sentimiento que acompaña el cometido de una acción indebida. La culpa, como todo problema sin resolver, tiende a permanecer más en el psiquismo. La preocupación por la culpa puede llevar a la distorsión de la conciencia de la situación en que se realizó la culpa, aumentando o disminuyendo (transitoriamente) su vivencia.

En algunos procesos, recuerda Castilla (47), se consigue que el procesado se declare autor de los hechos mas no culpable en el sentido estricto puesto que no se ha podido conseguir de él la expresión de sentimiento que la acompaña. A esta actitud, a menudo desinhibida, se le denomina cinismo. En ocasiones, el acusado intenta llegar a la inversión del rol. Su actitud es opuesta, es decir insolente.

Se puede hacer lo bueno y hacer lo malo y lo malo depara culpa. El contenido de la acción que se considera mala, dice Castilla del Pino, puede ser vario. En el siglo XIX se hablaba de la «Moral insanity» para referirse a una deficiencia moral parecida a una deficiencia intelectual, que se caracterizaba, entre otros datos por ausencia de culpa innata. Eso no es hoy sostenible porque las deficiencias morales sólo pueden comprenderse en relación con la sociobiografía de la persona.

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Guimón J. Psicopatología de la desvergüenza. *Psiquis* 2004;25(1):29-36.
2. Guimón J. La desvergüenza. *El Correo* 2004 13 de marzo;Sect. 19.
3. Guimón J. Pornografía y Salud Mental. *Jano Humanidades Médicas* 2004;67 (En prensa).
4. Porot A. *Manuel Alphabétique de Psychiatrie*. Paris: PUF; 1969.
5. Aron E. Revisiting Jung's concept of innate sensitiveness. *J Anal Psychol*. 2004;49(3):337-67.
6. Chavira D, Stein M, Malcarne V. Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *J Anxiety Disord* 2002;16(6):585-98.
7. Honderich T, editor. *Enciclopedia Oxford de Filosofía*. Madrid: Tecnos; 2001.
8. Spaemann R. *Basic moral concepts*. London; 1989.
9. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 1985.
10. Espasa. *Diccionario consultor. Lengua española. Sinónimos y antónimos*. Dudas. Madrid: Espasa; 1998.
11. Junceda L. *Diccionario de refranes, dichos y proverbios*. Madrid: Espasa; 1998.
12. Hagerman R, Hills J, Scharfenaker S, Lewis H. Fragile X syndrome and selective mutism. *Am J Med Genet* 1999;83(4):313-7.
13. Roberts R, Luty S, Mulder R, Joyce P, Kennedy M. Association between cytochrome P450 2D6 genotype and harm avoidance. *Am J Med Genet*. 2004;15(127B(1)):90-3.

14. Melke J, Westberg L, Nilsson S, Landen M, Soderstrom H, Baghaei F, et al. A polymorphism in the serotonin receptor 3A (HTR3A) gene and its association with harm avoidance in women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(10):1017-23.
15. Arbelle S, Benjamin J, Golin M, Kremer I, Belmaker R, Ebstein R. Relation of shyness in grade school children to the genotype for the long form of the serotonin transporter promoter region polymorphism. *Am J Psychiatry*. 2003;160(4):671-6.
16. Schneier F, Blanco C, Antia S, Liebowitz M. The social anxiety spectrum. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25(4):757-74.
17. Passant U, Ostojic J, Froelich Fabre S, Gustafson L, Lannfelt L, Larsson E, et al. Familial presenile dementia with bitemporal atrophy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;17(4):287-92.
18. Liu W, Miller B, Kramer J, Rankin K, Wyss-Coray C, Gearhart R, et al. Behavioral disorders in the frontal and temporal variants of frontotemporal dementia. *Neurology* 2004;62(5):742-8.
19. Aluja A, Torrubia R. Hostility-aggressiveness, sensation seeking, and sex hormones in men: re-exploring their relationship. *Neuropsychobiology*. 2004;50(1):102-7.
20. Bruce K, Steiger H, Koerner N, Israel M, Young S. Bulimia nervosa with co-morbid avoidant personality disorder: behavioural characteristics and serotonergic function. *Psychol Med*. 2004;34(1):113-24.
21. Sakuragi T. Association of culture with shyness among Japanese and American university students. *Percept Mot Skills* 2004;98(3 Pt 1):803-13.
22. Van Ameringen M, Mancini C, Oakman J. The relationship of behavioral inhibition and shyness to anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(7):425-31.
23. Battaglia M, Ogliari A, Zanoni A, Villa F, Citterio A, Binaghi F, et al. Children's discrimination of expressions of emotions: relationship with indices of social anxiety and shyness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(3):358-65.
24. Morizot J, Le Blanc M. Continuity and change in personality traits from adolescence to midlife: a 25-year longitudinal study comparing representative and adjudicated men. *J Pers*. 2003;71(5):705-55.
25. Butkovic A, Bratko D. Generation and sex differences in sensation seeking: results of the family study. *Percept Mot Skills* 2003;97(3 Pt 1):965-70.
26. Neal J, Edelmann R. The etiology of social phobia: toward a developmental profile. *Clin Psychol Rev* 2003;23(6):761-86.
27. Crozier W, Hostettler K. The influence of shyness on children's test performance. *Br J Educ Psychol* 2003;73(Pt 3):317-28.
28. Cooper P, Eke M. Childhood shyness and maternal social phobia: a community study. *Br J Psychiatry*. 1999;174:439-43.
29. Jefferson J. Social Anxiety Disorder: More Than Just a Little Shyness. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001;3(1):4-9.

30. Hirshfeld-Becker D, Biederman J, Faraone S, Segool N, Buchwald J, Rosenbaum J. Lack of association between behavioral inhibition and psychosocial adversity factors in children at risk for anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;161(3):547-55.
31. Kerr M, Tremblay R, Pagani L, Vitaro F. Boys' behavioral inhibition and the risk of later delinquency. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(9):809-16.
32. Lansky M. The «incompatible idea» revisited: the oft-invisible ego-ideal and shame dynamics. *Am J Psychoanal* 2003;63(4):365-76.
33. Fenichel O. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Barcelona: Paidós; 1984.
34. Heiser N, Turner S, Beidel D. Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behav Res Ther*. 2003;41(2):209-21.
35. Coplan R, Prakash K, O'Neil K, Armer M. Do you «want» to play? Distinguishing between conflicted shyness and social disinterest in early childhood. *Dev Psychol*. 2004;40(2):244-58.
36. Keller M. The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2003;Suppl.417(85-94.).
37. Goldberg J, Schmidt L. Shyness, sociability, and social dysfunction in schizophrenia. *Schizophr Res* 2001;48(2-3):343-9.
38. De Toledo M, Bermejo-Pareja F, Vega-Quiroga S, D M-G. Trastornos conductuales en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*. 2004;38(10):901-5.
39. Artaso Irigoyen B, Goñi Sarries A, Gomez Martinez A. Síntomas neuropsiquiátricos en el síndrome demencial. *Rev Neurol*. 2004;38(6):506-10.
40. Nagaratnam N, Gayagay GJ. Hypersexuality in nursing care facilities—a descriptive study. *Arch Gerontol Geriatr* 2002;35(3):195-203.
41. Krikorian R, Zimmerman M, Fleck D. Inhibitory control in Obsessive-Compulsive Disorder. *Brain Cogn*. 2004;54(3):257-9.
42. Villemarette-Pittman N, Stanford M, Greve K, Houston R, Mathias C. Obsessive-compulsive personality disorder and behavioral disinhibition. *J Psychol* 2004;138(1):5-22.
43. Tarter R, Kirisci L, Mezzich A, Cornelius J, Pajer K, Vanyukov M, et al. Neurobehavioral disinhibition in childhood predicts early age at onset of substance use disorder. *Am J Psychiatry* 2003;160(6):1078-85.
44. Michel L, Lang J. Aspects médico-legaux des benzodiazepines. *Encephale* 2003;29(6):479-85.
45. Tarter R, Kirisci L, Habeych M, Reynolds M, Vanyukov M. Neurobehavior disinhibition in childhood predisposes boys to substance use disorder by young adulthood: direct and mediated etiologic pathways. *Drug Alcohol Depend* 2004;73(2):121-32.



46. Hirshfeld-Becker D, Biederman J, Calltharp S, Rosenbaum E, Faraone S, Rosenbaum J. Behavioral inhibition and disinhibition as hypothesized precursors to psychopathology: implications for pediatric bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2003;53(11): 985-99.
47. Castilla del Pino C. La culpa. Madrid: Revista de Occidente; 1968.