

**CONCEPCIONES DE
LA ENFERMEDAD MENTAL
EN BUSCA DE LA REALIDAD**
Virginia Ballesteros Trapero

**Tesis doctoral dirigida por
Carlos Moya Espí
Pablo Rychter Miras**



**Doctorado en Pensamiento
Filosófico Contemporáneo
Enero 2021**



CONCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL:
EN BUSCA DE LA REALIDAD

TESIS DOCTORAL

Presentada por Virginia Ballesteros Trapero
Dirigida por Carlos Moya Espí y Pablo Rychter Miras

Presentada al título de
Doctora en Filosofía con Mención Internacional en el
Programa de Doctorado en Pensamiento Filosófico Contemporáneo

Universitat de València
Facultat de Filosofia i Ciències de l'Educació
Departament de Filosofia

Enero 2021

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas a quienes les estoy agradecida por ayudarme y acompañarme en la elaboración de este trabajo. Comenzaré expresando mi agradecimiento a mis directores de tesis, Carlos Moya y Pablo Rychter. A Carlos le agradezco el rigor con que ha abordado esta tesis, y el apoyo que me ha ofrecido, especialmente en la recta final, cuando más lo necesitaba. Le reconozco también su esfuerzo a la hora de enfrentarse a temas que le resultaban novedosos. A Pablo he de agradecerle no sólo sus aportaciones a este trabajo, sino también su actitud antes de ser codirector, pues siempre ha estado dispuesto a escuchar y a integrarme en proyectos, grupos de lectura, etc., que han resultado valiosos para mi formación. Además, le agradezco a Julio Sanjuán, quien inicialmente colaboró en la dirección de esta tesis, sus contribuciones y el tiempo que me dedicó.

Igualmente valiosas han sido las actividades que he compartido con los miembros del Valencia Philosophy Lab: les agradezco aquí a Josep Corbí, Chon Tejedor, Tobies Grimaltos, Sergi Rosell, Jordi Valor, Marc Artiga, Joan Gimeno y Saúl Pérez que hagan posible este grupo, siempre abierto a cualquiera que tenga interés por la filosofía. Quisiera también agradecerles a Miracle Garrido y Lino San Juan sus aportaciones al grupo; y, especialmente a Lino, con quien he compartido estimulantes discusiones y quien siempre se ha mostrado dispuesto a ayudarme, le agradezco sus aportaciones a mi tesis.

He de agradecer también su apoyo a mis compañeras del 508: Ana L. Batalla, Carmen Martínez, Javier Castellote, Marta Cabrera y Teresa Cases. Más allá de nuestros divergentes intereses filosóficos, ha sido muy importante para mí el ambiente que entre nosotras ha habido de apoyo mutuo, tanto académico —iy burocrático!—, como personal. Gracias a ellas todo ha sido mucho más fácil y ahora cuento

en mi haber con nuevas amistades. Mención especial merece Ana Lucía, amiga y compañera de fatigas desde el inicio, con quien he tenido también el placer de colaborar y descubrir otros modos de hacer filosofía. Igualmente, también quisiera mencionar a Stephanie West, con quien he compartido buenos momentos y conversaciones dentro y fuera de lo académico.

Además, no puedo olvidarme de mostrar mi agradecimiento a mi amiga Ana Tamara Martínez, quien siempre ha estado ahí, soportando infinitas conversaciones que me han servido para pensar y crecer. También mi amiga María Sierra merece mi gratitud, pues siempre me ha apoyado y ha creído en mí más que yo misma. Igualmente, merece mi especial agradecimiento Pablo S. Moreno, compañero y acompañante en estos últimos meses de trabajo, quien no sólo me ha ayudado a pensar, sino que siempre me ha reconfortado.

Doy también las gracias a la Conselleria d'Educació, Cultura i Esport, y al Fondo Social Europeo, por dotar de financiación esta investigación (ACIF/2016). Aunque probablemente sea poco ortodoxo, quisiera también agradecer a todas las personas que, indirectamente, hacen posible trabajos como este. Particularmente, a quienes luchan por el acceso libre al conocimiento con la creación de plataformas como Sci-Hub; y a los equipos de desarrollo de software libre, por poner a disposición pública magníficas herramientas de trabajo.

Por último, no sólo quiero mostrar mi más sincero agradecimiento, sino también dedicar este trabajo a mi madre, mi padre y mi abuela. A mi madre, por todo su sacrificio y confianza, sin los cuales no habría podido tener el sustento necesario para mi formación académica y personal. A mi padre, por haber instalado en mí esa máxima que reza *atrévete a pensar*. Y a mi abuela, la más bonita de todas, por su cariño y cercanía, y por creer incondicionalmente en mí.

ABSTRACT. CONCEPTIONS OF MENTAL ILLNESS: IN SEARCH OF REALITY

This dissertation is organized in two parts: "The concept and reality of mental illness" and "The conception of mental illness in biopsychiatry." In the first part, by using some of the theoretical tools that have emerged in the framework of social ontology, I offer a revision of the debate between naturalism and social constructionism about the concept and reality of mental illness. I identify the key issue in dispute: the existence of an already given normal mental functioning, independent of social norms, that can be tracked by our concept of mental illness. I defend the imbrication of natural and social factors in the distinction between normalcy and pathology, and yet I conclude that it is possible for our psychiatric nosology to track a relevant difference between the two. I also question the thesis that a social constructionist analysis turns mental illness into something unreal, into *a myth*; and also that only natural criteria in the definition of mental illness can contain the possible abuses of psychiatry and the inflation of psychiatric diagnosis. I defend that instead of asking, as is often the case, what real mental illnesses are, we should ask ourselves what conditions should be classified as mental illnesses insofar as they deserve psychiatric diagnosis and treatment.

In the second part, I address the conception of mental illness in biopsychiatry by focusing on two aspects: mental illnesses as natural kinds and as brain disorders. I defend that mental illnesses were conceived of as biological kinds since the development of the realist nosological validation programs. This vision is now being transformed in the new RDoC framework, which is based on the notion of functional kinds, while maintaining a realist approach aimed at dis-

covering the causal structure of the world. In addition, I also explore the conception of mental illness as a brain disorder, the sources of evidence that support it, and the metaphysical theories of the mind-body relationship that could account for the findings of the neurosciences. I show how biopsychiatry seems to be abandoning the reductionist or eliminativist approaches of the mind in favor of biology, within the RDoC framework; and, by relying on the account of mental symptoms as objects co-constructed by the patient and the therapist, I question whether the RDoC framework is broad enough to make room for individual subjectivity and the meaning associated with mental symptoms. Finally, I conclude that, in order to truly abandon a narrowly biological or functional framework, psychiatry cannot neglect the intentional and phenomenological content of mental symptoms: otherwise we will be unable to account for the very experience of mental illness and its meaning, which are equally important for its classification, diagnosis, and prognosis—and, moreover, essential in the narratives that we articulate about ourselves and about our ailments.

ÍNDICE

| | | |
|---|-----|-----|
| INTRODUCCIÓN..... | 12 | |
| Metodología..... | 19 | |
| INTRODUCTION..... | 20 | |
| Methodology..... | 26 | |
| PARTE I: CONCEPTO Y REALIDAD DE LA ENFERMEDAD MENTAL | | |
| 1. DISPONIENDO EL TABLERO: NATURALISMO Y | | |
| CONSTRUCCIONISMO SOCIAL..... | 29 | |
| Una caja de herramientas conceptuales..... | 35 | |
| 2. EL DEBATE SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL..... | | 42 |
| La medicina como objeto de estudio sociológico..... | 42 | |
| El naturalismo en contra de la psiquiatría..... | 45 | |
| El naturalismo al rescate de la psiquiatría..... | 54 | |
| La construcción social de la enfermedad orgánica..... | 66 | |
| Más naturalismo al rescate..... | 75 | |
| De la antipsiquiatría a la psiquiatría crítica..... | 92 | |
| El trastorno mental como disfunción perjudicial..... | 96 | |
| ¿El eterno (falso) debate?..... | 105 | |
| 3. ENTRE LO NATURAL Y LO CONSTRUIDO SOCIALMENTE..... | | 118 |
| Tratamiento, normalidad biológica y normas sociales..... | 118 | |
| En busca de las enfermedades mentales reales..... | 124 | |
| PARTE II: LA CONCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA | | |
| BIOPSIQUIATRÍA | | |
| 4. LA ENFERMEDAD MENTAL COMO CLASE NATURAL..... | | 144 |
| Cuestionando la fiabilidad diagnóstica y la validez nosológica..... | 145 | |
| Los síntomas mentales como objetos ya dados..... | 158 | |
| Las enfermedades mentales como clases naturales..... | 165 | |

| | |
|---|-----|
| La (in)validación de las categorías diagnósticas del DSM..... | 178 |
| Cambiando el enfoque: los <i>Research Domain Criteria</i> (RDoC)..... | 183 |
| Lo patológico como hecho natural..... | 199 |
| | |
| 5. LA ENFERMEDAD MENTAL COMO ENFERMEDAD CEREBRAL.... | 210 |
| Sobre la evidencia que sostiene la concepción..... | 214 |
| El problema de lo mental..... | 221 |
| Teorías de la relación mente-cuerpo: dualismos..... | 226 |
| Teorías de la relación mente-cuerpo: fisicalismos..... | 237 |
| Formación y localización cerebral de los síntomas mentales..... | 273 |
| ¿Y dónde quedó la subjetividad?..... | 284 |
| | |
| CONCLUSIONES..... | 292 |
| | |
| CONCLUSIONS..... | 298 |
| | |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 304 |

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1961 Thomas Szasz presentara la enfermedad mental como un *mito*, ríos de tinta se han escrito en torno a la cuestión: ¿son las enfermedades mentales *reales* o, por el contrario, como defendía este polémico psiquiatra, son tan sólo *mitos*, ficciones empleadas para el control social de quienes muestran un comportamiento tachado de desviado? Szasz no dudaba en declarar que los pacientes mentales no padecen enfermedad alguna, sino tan sólo *problems in living*; así pues, su tratamiento psiquiátrico, especialmente el forzoso —en aquella época, mediante largos periodos de internamiento en instituciones de salud mental— no era sino una forma de tortura. Szasz fue un representante de lo que se conoció como *movimiento antipsiquiatría*, una corriente de pensamiento y activismo centrada en la denuncia de los abusos de la psiquiatría, especialmente hacia los pacientes mentales graves, en la que destacaron también otras figuras como Ronald D. Laing o Franco Basaglia.

Los escritos que en el seno de la antipsiquiatría emergieron han dado lugar a un amargo y largo debate, el cual llega hasta nuestros días, en torno al concepto y naturaleza de la enfermedad mental. Con el paso de las décadas, los cambios sociales y el desarrollo del conocimiento y tratamiento de las enfermedades mentales, el debate ha ido actualizándose y mutando para abordar los problemas que van surgiendo en la teoría y práctica psiquiátrica, de modo que las críticas que inicialmente se configuraban como una suerte de enmienda a la totalidad, en forma de antipsiquiatría, hoy en día aparecen generalmente más matizadas, en forma de *psiquiatría crítica*. La desinstitucionalización de los pacientes mentales, unida a la expansión

del diagnóstico psiquiátrico —esto es, la relajación de los criterios diagnósticos para las enfermedades mentales, la cual viene sucediendo desde la publicación del DSM-III en 1980—, y el auge del consumo de psicofármacos han resituado el foco de las disputas en torno a la psiquiatría: si bien la comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales graves siguen siendo objeto de polémicas, actualmente buena parte de la crítica se dirige hacia lo que se ha venido a denominar *patologización de la vida cotidiana*, esto es, el hecho de que cada vez más comportamientos y sentimientos cotidianos son susceptibles de caer bajo alguna categoría diagnóstica psiquiátrica. Y es que, en efecto, el grueso de la práctica psiquiátrica contemporánea no se dirige ya a quienes presentan graves problemas mentales, sino a quienes padecen por el sufrimiento o estrés que acarrearán situaciones cotidianas, como, por ejemplo, la superación de un duelo o la ansiedad generada por diversos contextos sociales, como haber de hablar en público. En este contexto, el interrogante que nos acucia es el de distinguir las *enfermedades mentales reales* de aquellas que no son sino *condiciones mentales patologizadas*, esto es, condiciones que por sus indeseables efectos consideramos como enfermedades. Pero, ¿cómo distinguir las? ¿Qué es una enfermedad mental *real*?

La pregunta por la realidad de la enfermedad mental sigue candente hoy en día y no queda circunscrita únicamente a los ámbitos clínico, de investigación o académico. Con frecuencia encontramos en medios de comunicación o en nuestras conversaciones cotidianas diferentes interrogantes acerca de la realidad de las enfermedades mentales: por ejemplo, cuando nos preguntamos si el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad es una enfermedad o trastorno real —en lugar de un invento de las farmacéuticas que patologiza, sobre todo, la inmadurez típica de la infancia—; cuando dudamos de que el Trastorno de Depresión Mayor sea realmente una

enfermedad —en lugar de una debilidad de carácter o un estado anímico normal debido a los reveses de la vida—; o, también, cuando se pone en cuestión que la Esquizofrenia sea realmente una enfermedad —en lugar de un montón de condiciones que aún no comprendemos bien y englobamos bajo esa categoría, y que incluso podrían surgir en respuesta a un contexto personal y social adverso—.

En este trabajo he querido introducirme en tales debates y arrojar luz a estos y semejantes interrogantes a través del análisis filosófico, clarificando tanto los presupuestos que subyacen en ellos, como los criterios que se han propuesto desde la psiquiatría para dotar de realidad a la enfermedad mental, validar su clasificación y legitimar su tratamiento. En este sentido, la más contundente respuesta a los ataques que se realizaron contra la psiquiatría vino de parte de la corriente psiquiátrica biomédica —también llamada biopsiquiatría o neuropsiquiatría—, la cual ha conseguido establecer su dominio globalmente en las últimas décadas.¹ Los defensores de este enfoque biomédico suscriben la idea de que la psiquiatría debe ser una rama de la medicina, adoptando su metodología científica y haciendo uso de sus mismas herramientas estadísticas, técnicas de imagen, etc. Es por el dominio de esta aproximación a la psicopatología que centraré en ella el presente trabajo.

Dirimir la naturaleza de aquello que diagnosticamos y tratamos como enfermedad mental es fundamental, pues, entre otros aspectos, forja nuestra subjetividad, la manera en que concebimos nuestros

¹ Cabe señalar que el enfoque biomédico de la psiquiatría no sólo se configura como una respuesta a los problemas teóricos y de legitimidad que acuciaban a la psiquiatría, sino que se impone también para dar respuesta a las necesidades de una industria psicofarmacéutica que despegaba con rapidez y precisaba de clasificaciones fiables y escalas de evaluación estandarizadas para poder llevar a cabo estudios científicos sobre sus productos.

padecimientos —individuales y colectivos— y remite en última instancia a la pregunta por cómo hemos de vivir. Además, es de máxima importancia comprender la naturaleza de aquello que llamamos enfermedad mental para poder investigarlo adecuadamente; por ejemplo, para saber si las herramientas de la biomedicina pueden sernos de utilidad o si otra aproximación nos resultaría más beneficiosa.

He dividido este trabajo en dos partes: “Concepto y realidad de la enfermedad mental” y “La concepción de la enfermedad mental en la biopsiquiatría”. Aunque ambas partes tienen cierta autonomía, creo que no es posible comprender profundamente los problemas que se abordan en la segunda sin entender las cuestiones de fondo que aparecen en la primera. Esta primera parte está esencialmente dedicada a una relectura crítica del debate en torno al concepto de enfermedad mental, intentando comprender la realidad que en cada postura se atribuye a las enfermedades mentales. La segunda parte se centra en cómo se ha concebido la enfermedad mental en la biopsiquiatría en las últimas décadas y cómo, en el presente, se está reformulando tal concepción.

El primer capítulo que encontraremos será conciso y expositivo. En él presentaré las herramientas analíticas de las que me serviré en el segundo capítulo. Tomaré prestadas las distinciones que la filósofa Sally Haslanger ha desarrollado en el marco del construccionismo social. A través de ellas, expondré en un segundo capítulo el debate entre naturalismo y construccionismo social sobre la enfermedad mental. Rehusaré emplear términos como *realismo* u *objetivismo* para referirme a posturas que usualmente se han englobado bajo tales etiquetas. Este será mi primer posicionamiento: sostendré que el construccionismo social, en algunas de sus formulaciones, no está re-

ñido con el realismo ni con la objetividad. Además, consideraré como construccionistas sociales posturas que a menudo se han definido como *normativistas*, pues, a mi parecer, este movimiento es igualmente fructífero para comprenderlas y compararlas frente a las posturas opuestas. El objetivo de este capítulo será el de arrojar luz, en última instancia, sobre qué son las enfermedades mentales *reales* y qué es aquello que rastrea nuestra distinción entre lo normal y lo patológico. En un tercer capítulo, continuaré rechazando dos tesis: aquella según la cual presentar la enfermedad mental como un constructo social es convertirla en irreal, en un mito; y aquella que afirma que sólo mediante el empleo de criterios en la definición de la enfermedad mental que remitan a factores naturales podemos evitar los posibles abusos de la psiquiatría y la expansión del diagnóstico psiquiátrico. Sostendré que es preciso deshacer el supuesto según el cual sólo lo biológico, lo natural, puede dotar de realidad a la enfermedad mental, de modo que haríamos mejor sustituyendo la búsqueda de las enfermedades mentales *reales*, por la deliberación sobre las condiciones mentales que son merecedoras de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico. Además, también exploraré los límites en los que podemos hablar de una normatividad *ya dada* y de una normatividad construida socialmente.

La segunda parte de esta tesis se compone de un cuarto y quinto capítulo, donde me centraré en la concepción de la enfermedad mental en la biopsiquiatría. Una idea que merece destacarse desde el inicio es que, en el seno de la biopsiquiatría, se ha producido una equiparación de *lo real* con *lo biológico*. Así pues, la pregunta por la realidad de la enfermedad mental ha sido reformulada como la pregunta por sus bases biológicas. En este sentido, dos han sido las concepciones clave mediante las que se ha pretendido establecer la realidad de la enfermedad mental: su concepción como clase natural

—más concretamente, como defenderé, como clase biológica— y su concepción como enfermedad o trastorno cerebral —la cual deja poco espacio, como veremos también, para la subjetividad y el significado—. Dedicaré, respectivamente, el cuarto y quinto capítulo a cada una de estas concepciones.

En el cuarto capítulo comenzaré exponiendo críticamente los problemas de fiabilidad diagnóstica y validez nosológica a los que se enfrentaba la psiquiatría en la segunda mitad del pasado siglo. Continuaré exponiendo la concepción de los síntomas mentales como *objetos ya dados*, esto es, como objetos que son *presentados* por los pacientes y que pueden ser observados y descritos conforme aparecen. Frente a esta imagen, suscribiré el modelo del *Cambridge Group* de los síntomas mentales como objetos co-construidos por parte del paciente y del terapeuta; precisaré en qué sentido se puede entender esta construcción. Seguidamente, expondré cómo se ha ido delineando la realidad de la enfermedad mental en la biopsiquiatría a través de los programas *realistas* de validación nosológica. Usualmente, se ha interpretado que la noción de *clase natural* ha resultado esencial para comprender las enfermedades mentales desde que apareciera la tercera versión del famoso *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM); yo defenderé que, más particularmente, la noción esencial ha sido la de *clase biológica*: habría sido posible articular una nosología psiquiátrica de clases naturales sin asumir que estas han de ser, necesariamente, entidades biológicas. En este capítulo veremos también cómo, en el presente, tal concepción está siendo reformulada en términos de *clases funcionales*, en el marco de los *Research Domain Criteria* (RDoC). A pesar de las diferencias, sostendré que ambos programas comparten una visión realista de la validación, enfocada a descubrir la estructura causal del mundo.

En el quinto capítulo abordaré la segunda concepción que considero central en la biopsiquiatría: la de la enfermedad mental como enfermedad o trastorno cerebral. Comenzaré evaluando las diferentes fuentes que se toman como evidencia para sostener esta concepción y defenderé que, desde un punto de vista metafísico, son compatibles con diferentes teorías sobre la relación mente-cuerpo, incluso con algunos tipos de dualismo. Sin embargo, desde la biopsiquiatría se han tomado estos hallazgos como soporte para algún tipo de fisicalismo fuerte, expresando a menudo tesis que eliminan lo mental en favor de lo biológico. Esta concepción está igualmente siendo revisada en el marco de los RDoC, alejándose de los intentos de reducción o eliminación de lo mental, formulando explicaciones en términos de mecanismos psicobiológicos multinivel. Admitiendo la complejidad existente, debida a la ambigüedad de los escritos psiquiátricos, a la hora de interpretar los compromisos metafísicos que la biopsiquiatría contrae al afirmar que las enfermedades mentales *son o están causadas por* trastornos cerebrales, exploraré diferentes doctrinas metafísicas sobre la relación mente-cuerpo y sus consecuencias para la psiquiatría. Reflexionaré también sobre los hallazgos de las neurociencias, centrándome en las limitaciones epistemológicas y ontológicas que constriñen la interpretación de sus resultados, particularmente respecto de la neuroimagen. La cuestión que quedará por dirimir es si el nuevo enfoque biopsiquiátrico que se está gestando en el marco de los RDoC puede tomar en consideración y dar cuenta de la experiencia subjetiva de la enfermedad mental y el significado asociado a los síntomas mentales, lo cual, como defenderé, es esencial si no queremos volver a caer en un paradigma estrechamente biológico o funcional.

METODOLOGÍA

La metodología que he elegido para articular esta tesis podría considerarse filosofía analítica. Las herramientas filosóficas de las que me serviré, especialmente en la primera parte, son las que han surgido recientemente en el campo de la ontología social, apoyándome fundamentalmente en los conceptos que Haslanger ha desarrollado para el análisis de la realidad social. En este sentido, me uno a la tarea emprendida por Haslanger —fundamentalmente, en sus estudios sobre el género y la raza— de llevar a cabo un análisis construccionista social sin abandonar el realismo metafísico. De la misma manera que una tesis que sostuviera que el género o la raza *no son reales* o *no existen* —en tanto que no están constituidos por factores biológicos, sino sociales— nos dejaría en una mala situación para abordar los problemas individuales y sociales que estos generan, declarar la irrealidad de la enfermedad mental, aun si dirimiéramos que está constituida por factores sociales, supone la negación de una realidad que afecta a millones de personas y nos dificulta la comprensión no sólo de sus padecimientos, sino de todas las estructuras sociales que se han generado a su alrededor para la investigación, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.

Además de esta aproximación analítica, he considerado necesario contextualizar la emergencia de las diversas concepciones de la enfermedad mental según los problemas prácticos y teóricos que ha habido de enfrentar la psiquiatría, así como según los resultados de los hallazgos empíricos en el campo de la biopsiquiatría. Por lo tanto, con frecuencia no sólo me limitaré a un análisis filosófico, sino que me esforzaré por enmarcarlo en el contexto en que surgen las diversas problemáticas, atendiendo a menudo así mismo a la literatura propiamente psiquiátrica.

INTRODUCTION

Since 1961, when Thomas Szasz debunked mental illness as a *myth*, much has been written around the question: are mental illnesses *real* or, on the contrary, as this controversial psychiatrist defended, are they just *myths*, fictions used for the social control of those who show behavior labeled as deviant? Szasz did not hesitate to declare that mental patients do not suffer from any illness, but from *problems in living*—thus, their psychiatric treatment, especially forced treatment (at that time, through long periods of internment in mental health institutions) was nothing but a form of torture. Szasz was a representative of what came to be known as the *anti-psychiatry movement*, a current of thought and activism focused on denouncing the abuses of psychiatry, especially towards seriously *ill* patients, in which other figures such as Ronald D. Laing or Franco Basaglia also stood out.

The writings that emerged within anti-psychiatry have given rise to a long and bitter debate, which continues to this day, about the concept and nature of mental illness. With the passage of time, social changes, and the development of knowledge and treatment of mental illnesses, the debate has been transformed so as to address the problems that continue to emerge in psychiatric theory and practice. The criticisms that were initially leveled in a destructive way by antipsychiatry, today generally appear more nuanced, in the form of *critical psychiatry*. The deinstitutionalization of mental patients, together with the inflation of psychiatric diagnosis—that is, the loosening of the diagnostic criteria for mental illnesses, which has been happening since the publication of the DSM-III in 1980—and the boom in the consumption of psychotropic drugs have relocated the focus of dis-

putes around psychiatry: although the understanding and treatment of serious mental illnesses continue to be an object of controversy, currently much of the criticism is directed towards what could be called *pathologization of everyday life*, that is, the fact that more and more everyday behaviors and feelings are susceptible to falling under some psychiatric diagnostic category. In fact, the bulk of contemporary psychiatric practice has ceased to focus primarily on those patients with serious mental problems and has moved towards those who experience the suffering or stress that everyday situations bring with them, such as overcoming grief or anxiety generated by various social contexts, e.g. speaking in public. In this context, the question that urges us is to distinguish *real mental illnesses* from those that are only *pathologized conditions*, that is, conditions that we consider as illnesses due to their undesirable effects. But how to distinguish them? What is a *real mental illness*?

The question of the reality of mental illness is still burning today and is not limited only to the clinical, research, or academic fields. We often find in the media or in our daily conversations different questions about the reality of mental illness: for example, when we ask ourselves if Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder is a real disorder, rather than a pharmaceutical invention that pathologizes, above all, the typical immaturity of childhood; when we doubt that Major Depressive Disorder is really an illness, rather than a weakness of character or a normal state of mind due to life's setbacks; or, also, when we question whether Schizophrenia is really a disease, rather than a whole host of conditions that we don't yet fully understand and throw into that category, and that might even arise in response to an adverse personal and social context.

In this work, I sought to introduce myself into such debates and shed light on these and similar questions through philosophical anal-

ysis, clarifying both the assumptions that underlie them and the criteria proposed by psychiatry in order to provide reality to mental illness, validate its classification, and legitimize its treatment. In this sense, the most forceful response to the attacks made against psychiatry came from the biomedical psychiatric movement—also called biopsychiatry or neuropsychiatry—which has managed to establish its global dominance in the last decades.² Supporters of this biomedical approach subscribe to the idea that psychiatry should be a branch of medicine, adopting its scientific methodology and making use of its statistical tools, imaging techniques, etc. It is because of the dominance of this approach to psychopathology that I will focus on it in the second part of this dissertation.

Addressing the nature of what we diagnose and treat as mental illness is fundamental, because, among other aspects, it shapes our subjectivity, the way we conceive of our individual and collective sufferings, and the question of how we should live. Furthermore, it is of the utmost importance to understand the nature of what we call mental illness in order to be able to investigate it adequately—for example, to know if the tools of biomedicine can be of use or if another approach would be more beneficial to us.

I have organized this work into two parts: "The concept and reality of mental illness" and "The conception of mental illness in biopsychiatry". Although both parts have a certain autonomy, I believe that it is not possible to deeply understand the problems addressed in the sec-

² It should be noted that the biomedical approach to psychiatry was not only a response to the theoretical and legitimacy problems that beset psychiatry, but also to the needs of a psychopharmaceutical industry that was taking off quickly and needed reliable diagnostic criteria and standardized evaluation scales in order to carry out scientific studies on its products.

ond part without understanding the underlying issues that appear in the first one. This first part is essentially dedicated to a critical revision of the debate around the concept of mental illness, trying to understand the reality that in each position is attributed to it. The second part focuses on how mental illness has been conceived of in biopsychiatry in recent decades and how, at present, this views are being reformulated.

The first chapter is concise and introductory. In it, I introduce the analytical tools that I use in the second chapter. I borrow the distinctions that the philosopher Sally Haslanger has developed within the framework of social constructionism. Through them, I present in a second chapter the debate between naturalism and social constructionism about mental illness. I refuse to use terms such as *realism* or *objectivism* to refer to positions that have usually come under such labels. This is my first stance: I argue that social constructionism, in some of its formulations, is not at odds with realism or objectivity. Moreover, I consider as social constructionist positions that have often been defined as *normativist*, since, in my opinion, this account is equally fruitful in understanding and comparing them against opposing positions. The aim of this chapter is to shed light, ultimately, on what *real* mental illness is and what tracks our distinction between normalcy and pathology. I continue in the third chapter by rejecting two theses: that presenting mental illness as a social construct is to turn it into something unreal, a myth; and that only by employing criteria in the definition of mental illness that track natural factors can we contain the possible abuses of psychiatry and the inflation of psychiatric diagnosis. I defend that it is necessary to undo the assumption that only biology or nature can give reality to mental illness, so we would do better to replace the search for *real mental illnesses* with deliberation on the mental conditions that are worthy of psychi-

atric diagnosis and treatment. Furthermore, I also explore the limits within which we can talk about an already given normativity and a socially constructed normativity.

The second part of this work consists of a fourth and fifth chapter, where I focus on the concept of mental illness in biopsychiatry. An idea that deserves to be highlighted from the beginning is that, within biopsychiatry, there has been an equation of *reality* with *biology*. Thus, the question about the reality of mental illness has been reformulated as the question about its biological basis. In this sense, there have been two key conceptions through which it has been attempted to establish the reality of mental illness: its conception as a natural kind—more specifically, as I will defend, as a biological kind—and its conception as a brain illness (or brain disorder, more commonly)—which leaves little room, as we will also see, for subjectivity and meaning. I devote, respectively, the fourth and fifth chapters to each of these two conceptions.

In the fourth chapter I begin by critically examining the problems of diagnostic reliability and nosological validity that psychiatry faced in the second half of the last century. I continue by addressing the conception of mental symptoms as *given objects*, that is, as objects that are *presented* by patients and that can be observed and described as they appear. Against this image, I subscribe to the *Cambridge Group's* conception of mental symptoms as co-constructed objects by both the patient and the therapist—I will specify in what sense this construction can be understood. Next, I explain how the reality of mental illness has been delineated in biopsychiatry through *realist* nosological validation programs. Usually, the notion of *natural kind* has been interpreted as essential for understanding mental illness since the publication of the third version of the famous *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM); I defend that,

more particularly, the essential notion has been that of *biological kind*: it would have been possible to articulate a psychiatric nosology of natural kinds without assuming that these must necessarily be biological entities. In this chapter we will also see how, at present, such a conception is being reformulated in terms of *functional kinds*, within the framework of the *Research Domain Criteria* (RDoC). In spite of the differences, I argue that both programs share a realist vision of nosological validation, focused on discovering the causal structure of the world.

In the fifth chapter, I address the second conception that I consider central in biopsychiatry: that of mental illness as a brain disorder. I begin by evaluating the different sources taken as evidence to support this conception and I argue that, from a metaphysical point of view, they are compatible with different theories about the mind-body relationship, even with some forms of dualism. However, these findings have been taken by biopsychiatrists as a support for some kind of strong physicalism, often expressing theses that eliminate the mental in favor of biology. This conception is also being revised in the framework of the RDoC, moving away from attempts to reduce or eliminate the mental, and formulating explanations in terms of multi-level psychobiological mechanisms. Admitting the existing complexity, due to the ambiguity of psychiatric writings, when it comes to interpreting the metaphysical commitments that biopsychiatry makes when stating that mental illnesses *are* or *are caused by* brain disorders, I explore different metaphysical doctrines about the mind-body relationship and its consequences for psychiatry. I also reflect on the findings of the neurosciences, focusing on the epistemological and ontological limitations that constrain the interpretation of their results, particularly with respect to neuroimaging. The question that remains to be settled is whether the new biopsychiatric approach

that is being developed can take into consideration and account for the subjective experience of mental illness and the meaning associated with mental symptoms, which, as I will defend, is essential if we do not want to fall back into a narrowly biological or functional paradigm.

METHODOLOGY

The methodology I have chosen to articulate this thesis could be considered as an exercise in analytical philosophy. The philosophical tools that I will use, especially in the first part, are those that have recently emerged in the field of social ontology, relying fundamentally on the concepts that Sally Haslanger has developed for the analysis of social reality. In this sense, I join the task undertaken by Haslanger, fundamentally in her studies on gender and race, to carry out a social constructionist analysis without abandoning metaphysical realism. In the same way that a position that held that gender or race are *not real* or *do not exist*—as long as they are not constituted by biological factors, but social ones—would leave us in a bad position to address the individual and social problems that they generate, claiming that mental illnesses are not real, even if we were to say that they are constituted by social factors, implies the denial of a reality that affects millions of people and makes it difficult for us to understand not only their sufferings, but all the social structures that have been generated around them for the research, diagnosis, and treatment of mental illnesses.

In addition to this analytical approach, I have considered it necessary to contextualize the emergence of the various conceptions of mental illness according to the practical and theoretical problems that psychiatry has had to face, as well as according to the results of the empirical findings in the field of biopsychiatry. Therefore, I will

not limit myself just to carry out a philosophical analysis, but I will strive to frame it in the context in which the various problems arise, often also attending to psychiatric literature itself.

PARTE I

CONCEPTO Y REALIDAD DE LA ENFERMEDAD MENTAL

1. DISPONIENDO EL TABLERO: NATURALISMO Y CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

Si pensamos en el concepto de *enfermedad mental* se hace patente que tanto *la enfermedad* como *lo mental* pueden ser objeto de grandes controversias. Definir la enfermedad no es menos complicado que definir lo mental; y, cuando ambos conceptos van de la mano, surgen problemáticas particulares. El propósito de este primer capítulo es el de realizar una aproximación a los debates que han aparecido en torno a la definición y realidad de la enfermedad mental desde los años cincuenta hasta el presente. Un problema central es el que emerge cuando intentamos dar cuenta del hecho de que el diagnóstico de enfermedad mental —también física— involucra la aseveración de que algo, en algún sentido, se ha desviado de la normalidad. Precisar la naturaleza de esta desviación ha dado lugar a una larga polémica que llega hasta nuestros días. Así lo entendía Robert Kendell (1986) ya en los años ochenta:

The most fundamental issue, and also the most contentious one, is whether disease and illness are normative concepts based on value judgements, or whether they are value-free scientific terms; in other words, whether they are biomedical terms or socio-political ones. (p. 25).

Conforme ya deja traslucir este pasaje, hay un aspecto esencial sobre la enfermedad mental que resulta obvio por poco que se reflexione: las enormes implicaciones prácticas que posee su atribución. Decir de alguien que tiene una enfermedad es una *llamada a la acción*, es

decir, a la intervención terapéutica (Spitzer, Endicott y Micoulaud Franchi 2018). La atribución de enfermedad mental implica que alguna cosa no es *como debería ser* en el individuo —conforme decía, que se ha desviado de la normalidad— y, además, que probablemente no se corregirá por sí sola, sino que requiere de intervención profesional —en este caso, de un psiquiatra—. Además, la enfermedad mental también tiene repercusiones importantes en el campo de la responsabilidad moral y legal, ya que ésta puede funcionar como atenuante o eximente, dado que se considera que el enfermo mental tiene menguadas sus capacidades cognitivas y/o volitivas. Así mismo, el concepto de enfermedad mental también tiene un gran impacto en la subjetividad individual, así como en el rol social de la persona que es diagnosticada. Todos estos factores son los que a menudo han llevado a poner en cuestión que *enfermedad mental* sea un concepto científico en lugar de uno socio-político, como señala Kendell; o, dicho de otra manera, que las normas de las que el enfermo mental se desvía sean naturales en lugar de sociales.

Antes de adentrarnos en todas estas cuestiones, conviene hacer algunas aclaraciones. En primer lugar, ligados a la problemática de la definición de la enfermedad mental, aparecen además toda una serie de problemas relacionados con los términos que conforman su campo semántico. Por ejemplo, a menudo no se habla de *enfermedad mental*, sino de *trastorno mental*. Emplear *trastorno* en lugar de *enfermedad* es un movimiento que pretende eliminar el bagaje que lleva asociado éste último. En este sentido, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud explica que emplea de manera laxa el término *disorder* en su clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento porque las alternativas son aún más problemáticas:

The term "disorder" is used throughout the classification, so as

to avoid even greater problems inherent in the use of terms such as "disease" and "illness". "Disorder" is not an exact term, but it is used here to imply the existence of a clinically recognizable set of symptoms or behaviour associated in most cases with distress and with interference with personal functions. Social deviance or conflict alone, without personal dysfunction, should not be included in mental disorder as defined here. (World Health Organization 2019).

Es posible que *enfermedad* nos remita a *enfermedad física*, de manera que podría pensarse que se habla de enfermedad mental de manera análoga a la enfermedad del cuerpo, mientras que el término *trastorno* no parece tener necesariamente asociado ese significado. Aun así, esto se muestra con frecuencia como una ilusión: no son pocos quienes hablan de trastornos mentales entendidos de manera física. Para evitar confusiones, pondré especial énfasis en adoptar la terminología de cada autor y explicar su uso, aunque frecuentemente estos términos serán intercambiables.

En segundo lugar, debo aclarar que, a pesar de ser un concepto muy próximo al de enfermedad, no me centraré en el concepto de *salud*. Ciertamente es que uno de los autores que traeré a colación, Christopher Boorse, explícitamente desarrolla una teoría de la salud mental (Christopher Boorse 1976), pero lo hace fundamentalmente a través del concepto de enfermedad: así lo muestra en su crítica Lennart Nordenfelt, quien sí que apuesta decididamente por abordar el concepto de salud y situarlo en el centro, bajo una mirada holística a través de la idea de bienestar humano (Nordenfelt 1993; 2007; ver Giroux 2010).

La tercera cuestión que conviene señalar es que nuestra lengua parte de una limitación a la hora de hablar de la enfermedad que no

encontramos en la lengua en que se formula la mayor parte de este debate, el inglés. Así, en la lengua inglesa tenemos tres términos que apuntan a tres dimensiones de nuestro término *enfermedad*: *disease*, *illness* y *sickness*. Esta distinción, que fue aplicada notablemente en el campo de la sociología de la medicina en los años cincuenta, ha dado forma a buena parte del debate posterior y supone una importante herramienta para comprender las diferentes vertientes de la enfermedad, sea física o mental (Hofmann 2002); a pesar de que, como todo producto intelectual, también cuenta con sus detractores y no es aceptada ni utilizada por todo el mundo (Nordenfelt 1994).

Para introducir esta cuestión, podemos señalar que *disease* hace referencia a la dimensión orgánica, fisiológica, de la enfermedad; *illness*, a la experiencia subjetiva que el enfermo tiene de su padecimiento o afección; y, *sickness*, a la dimensión social de la enfermedad, a su significado y al rol de enfermo. Según la caracterización de Andrew Twaddle (citado por Hofmann 2002), podemos definir las tres dimensiones de la enfermedad de la siguiente manera:

Disease is a health problem that consists of a physiological malfunction that results in an actual or potential reduction in physical capacities and/or a reduced life expectancy.

Illness is a subjectively interpreted undesirable state of health. It consists of subjective feeling states (e. g., pain, weakness), perceptions of the adequacy of their bodily functioning and/or feelings of competence'.

Sickness is a social identity. It is the poor health or the health problem(s) of an individual defined by others with reference to the social activity of that individual. (pp. 652-3).

Claramente, *disease*, *illness* y *sickness* no son dimensiones estancas, sino que se encuentran en constante interacción: es obvio, por ejemplo, que el rol social que se confiera al enfermo tendrá un impacto considerable en su propia experiencia subjetiva; y, yendo más allá, también observaremos que tendrá un impacto en la dimensión orgánica, dado que las estructuras sociales disponibles para el tratamiento de su enfermedad interferirán con el curso de esta.

Delinear estas tres dimensiones me resulta útil para comenzar a disponer algunas piezas sobre nuestro tablero filosófico. El primer movimiento que estas piezas me permiten hacer es plantear que el debate más encarnizado no versa sobre la existencia o naturaleza de las dimensiones subjetiva o social de la enfermedad mental — también física—, sino sobre la realidad y las posibilidades de conocimiento del *mal funcionamiento* —o funcionamiento patológico— que involucra la *disease*. En particular, conforme concebiré el debate, la cuestión que está en disputa es la existencia de hechos naturales que determinen el carácter patológico de ciertas condiciones mentales; es decir, se debate si la propiedad *ser patológico* es una propiedad biológica, independiente de factores sociales tales como nuestras preferencias o valores (Christopher Boorse 1976; Kendell 1975; Scadding 1967; Wakefield 1992); o si, por el contrario, es una ilusión que proyectamos sobre el mundo natural, pues en realidad esta propiedad se ancla en factores sociales (Eisenberg 1988; Engelhardt 1976; Sedgwick 1982; Szasz [1961] 1972; Timmermans y Haas 2008; Turner [1987] 1995). Dicho aún de otro modo, lo que está en cuestión es si el enfermo mental lo es en virtud de haberse desviado de cierta normalidad biológica o de ciertas normas sociales (o de ambas).

Presentar el debate de este modo es la primera de mis tomas de posición en este capítulo. Me referiré a los diferentes tipos de postu-

ras que aquí se dibujan como *naturalistas* —defensoras de la patología como hecho biológico, en algún sentido que iré precisando—, *construccionistas sociales* —defensoras del carácter social, construido, también en diversos sentidos, de lo patológico—, e *híbridas* —las cuales apelan tanto a factores biológicos, como a factores sociales para definir la enfermedad mental—. Lo cierto es que existen numerosas etiquetas para referirse a las distintas posturas que he mencionado —también numerosos matices—, por lo que debo justificar mi elección.

Las posturas a las que aquí yo me referiré como naturalistas son también a menudo caracterizadas como *realistas* u *objetivistas*. Mi resistencia a hablar de objetivismo o realismo cuando estamos en presencia de posturas que ponen el énfasis en los hechos naturales se debe a que quisiera repensar estos términos y su relación con el construccionismo social. En última instancia, no creo que ni el objetivismo ni el realismo estén reñidos con toda forma de construccionismo social: los hechos sociales pueden ser tan reales y objetivables como los naturales. Decir de la enfermedad mental que es un constructo social no la convierte necesariamente en irreal ni en no objetiva, en algunos sentidos. Iré matizando estas cuestiones a lo largo del texto.

Por otra parte, las posturas que aquí he englobado bajo el construccionismo social a menudo se presentan como *normativistas*. A mi juicio, reformularlas en términos construccionistas ayuda a arrojar luz al debate, pues es útil para precisar la manera en que intervienen los factores sociales tanto en el concepto como en el fenómeno de la enfermedad mental. Para ello, me serviré del aparato conceptual que Sally Haslanger (2012) pone en juego para comprender los distintos modos en que clasificaciones y objetos pueden hallarse socialmente

construidos.³ Es preciso, pues, antes de abordar este debate, explicar los conceptos que emplearé. A ello dedicaré las siguientes páginas.

UNA CAJA DE HERRAMIENTAS CONCEPTUALES

De manera general, decimos que un objeto se encuentra socialmente construido cuando, genéricamente, “it is an intended or unintended product of a social practice” (Haslanger 2012, 86). Esta primera definición de un constructo social es demasiado vaga, pues nos llevaría, por ejemplo, a caracterizar como construccionistas sociales a quienes afirman que la enfermedad mental está causada por prácticas sociales: por ejemplo, entenderíamos como construccionismo social afirmar que la pobreza extrema es causa de enfermedades mentales, como por ejemplo la depresión. A pesar de que este es un aspecto importante respecto de la enfermedad mental, no es este el aspecto en el que se centra el debate que vamos a abordar.

Para seguir profundizando, podemos trazar una distinción entre la construcción social *causal* y la *constitutiva*. La construcción causal, la que acabo de ejemplificar, es definida por Haslanger como sigue: “Something is causally constructed iff social factors play a causal role in bringing it into existence or, to some substantial extent, in its being the way it is” (p. 87). Por su parte, la construcción social constitutiva queda definida de la siguiente manera: “Something is constitutively constructed iff in defining it we must make reference to social factors” (*ídem*). Este segundo tipo de construcción sí que resulta relevante para comprender las posturas construccionistas —aquellas que también se denominan normativistas— que en este capítulo

³ Cabe indicar que Haslanger no emplea este marco teórico para abordar la construcción social de la enfermedad mental, sino que su interés se dirige, sobre todo, al análisis de los conceptos de género y raza. No obstante, considero que estas herramientas conceptuales son de gran utilidad para abordar el problema de la enfermedad mental.

abordaré, pues precisamente apuntan a la necesidad de introducir factores sociales —como las preferencias o los valores— en la definición de la enfermedad mental.

No obstante, hay un sentido en que podemos hablar de construcción causal que también resulta relevante en el debate en torno a a enfermedad mental, la *construcción social discursiva*, donde el discurso presenta una eficacia causal sobre el fenómeno de la enfermedad mental. En este sentido, “our classificatory schemes, at least in social contexts, may do more than just map preexisting groups of individuals; rather our attributions have the power to both establish and reinforce groupings which may eventually come to ‘fit’ the classifications” (p. 88). Esta idea aparece, como señalaré llegado el caso, en aquellos que afirman que tanto las clasificaciones psiquiátricas como el propio acto diagnóstico modifican el comportamiento del paciente mental o crean la enfermedad. Hemos de entender, por lo tanto, *discurso*, de una manera amplia, haciendo referencia tanto a las clasificaciones, como a ciertas prácticas médicas, como bien ejemplifica el diagnóstico. Diremos, así pues, que “something is discursively constructed just in case it is the way it is, to some substantial extent, because of what is attributed (and/or self-attributed) to it” (p. 88).

Hay otro tipo de construcción social que también resulta relevante para comprender las posturas sobre la enfermedad mental, la construcción social de los esquemas clasificatorios. Con este tipo de construcción social apuntamos al hecho de que las distinciones que realizamos a través de nuestros conceptos o clasificaciones están movidas por fuerzas sociales. Así pues, en el caso de la enfermedad mental, si afirmamos que las clasificaciones psiquiátricas se encuentran socialmente construidas podríamos estar apuntando al hecho de que, por ejemplo, distinguimos entre personas enfermas mentalmente y

personas sanas mentalmente movidos por nuestras preferencias sociales, valores o intereses prácticos —por ejemplo, porque deseamos intervenir farmacológicamente sobre los primeros, en tanto que muestran conductas que valoramos como extravagantes e indeseables—. Haslanger denomina este tipo de construcción social *construcción pragmática*: “A classificatory apparatus (be it a full-blown classification scheme or just a conceptual distinction or descriptive term) is socially constructed just in case its use is determined, at least in part, by social factors” (p. 90).

Dentro de la construcción pragmática hemos de distinguir, a su vez, dos formas: la débil y la fuerte. La forma débil de construcción pragmática apunta al hecho de que el modo en que empleamos nuestros esquemas clasificatorios está determinado tanto por factores sociales, como por factores naturales. En el caso de la enfermedad mental, equivaldría a afirmar que, en efecto, distinguimos entre *los locos* y *los cuerdos*, por contingencias históricas, cuestiones de valor, etc., pero que, aun así, esta distinción captura algún hecho biológico relevante, como podría ser la presencia de una disfunción biológica en el primer grupo. Por su parte, una forma fuerte de construccionismo pragmático no aceptaría la existencia de ningún factor biológico relevante en el uso de nuestros esquemas clasificatorios: la distinción entre *locos* y *cuerdos*, estaría movida única y exclusivamente por fuerzas sociales.

Haslanger define las diferencias que trazamos en ambos tipos de construcción pragmática de la siguiente manera: “A distinction is *weakly pragmatically constructed* if social factors only partly determine our use of it (p. 90).⁴ A distinction is *strongly pragmatically*

⁴ Nótese que ofrecer esta definición de la construcción pragmática débil equivale a aseverar que todo nuestro conocimiento está construido de manera débil, pues el hecho de que tracemos distinciones y generemos esquemas clasificatorios siempre estará guiado por ciertos intereses

constructed if social factors wholly determine our use of it, and it fails to represent accurately any ‘fact of the matter’” (p. 90). Ahora bien, como ella misma señala, hablar de *cuestión de hecho*, puede resultar confuso: en efecto, incluso cuando trazamos una distinción fuertemente construida pragmáticamente, podemos estar rastreando alguna diferencia *real*: por ejemplo, podemos estar rastreando el hecho de tener tendencias suicidas. Si empleáramos el hecho de que un individuo tuviera tendencias suicidas como un criterio para categorizarlo como enfermo mental, en efecto, estaríamos rastreando una cuestión de hecho. La clave no es esta. La clave reside, como vengo diciendo, en que el carácter patológico de las tendencias suicidas no es intrínseco a ellas, sino que lo es en relación con factores sociales, como por ejemplo el valor que le otorgamos a la vida y nuestra preferencia de esta sobre la muerte.

So, strong pragmatic constructions are, in an important sense, illusions projected onto the world; their use might nevertheless track—without accurately representing—a genuine distinction. The main point is that in cases of strong pragmatic construction there are no available facts corresponding to the intended content [...] that my attributions could be tracking, so instead, we might conclude, they must be functioning wholly as a means to a social goal. (p. 91).

Por último, realizaré una precisión más: si la aplicación de un

prácticos, por contingencias históricas, por las tecnologías que tengamos disponibles, etc. Por supuesto, esto aplica también al conocimiento y a las clasificaciones psiquiátricas, lo cual implica que poner sobre la mesa el construccionismo débil del conocimiento psiquiátrico no supone una tesis construccionista fuerte, sino que meramente apunta a nuestras limitaciones y condicionamiento epistemológicos.

término se halla fuertemente construida pragmáticamente, entonces podemos decir también que este concepto se halla constitutivamente construido, esto es, que queda definido enteramente por factores sociales: “when debunked, is revealed as a constitutive construction; that is, the concept doing the work of determining when the term should be applied makes essential reference to social factors”. (p. 92).

Llegados a este punto, es necesario también precisar que, aunque usualmente las posturas construccionistas sociales presentan un espíritu revisionista o eliminacionista, este no es necesariamente siempre el caso. Es posible que, en este sentido, *desenmascaremos* la enfermedad mental como un constructo social, y que, a pesar de ello, consideremos que sirve a un propósito social deseable o bueno, como por ejemplo dotar de cobertura médica a quienes padecen un gran sufrimiento mental. La valoración de los propósitos a los que sirven las clasificaciones psiquiátricas es un aspecto de gran importancia en el debate que aquí trataré pues aunque, como digo, adoptar una postura construccionista social sobre la enfermedad mental no implica necesariamente pretender la revisión o eliminación del concepto y las prácticas a él asociados, de hecho sí que ha ocurrido con frecuencia que quienes pretenden desenmascarar la enfermedad mental lo hacen movidos, en buena parte, por la negativa consideración que tienen de la práctica psiquiátrica; mientras que, por el contrario, quienes defienden posturas de corte naturalista —o híbrido— conciben de manera positiva la práctica psiquiátrica —si bien con matices, como veremos—. Siguiendo con este hilo de pensamiento, veremos también cómo la psiquiatría se ha esforzado por asemejarse a la medicina y asentarse, o reducirse, a hechos biológicos como una manera de ganar legitimidad: *grosso modo*, pareciera que presentar la enfermedad mental como construida socialmente

implica poner en cuestión su realidad y su necesidad de tratamiento médico, lo cual pone en cuestión la propia práctica psiquiátrica; por el contrario, presentarla como un fenómeno natural parece que la dota de realidad y legitima su clasificación y tratamiento, legitimando así también la práctica psiquiátrica.

Antes de concluir este apartado, recapitularé las diferentes definiciones que han ido apareciendo en este pasaje, pues resultará útil tenerlas a mano. Recordemos que hemos identificado tres tipos de construcción social: causal —con el subtipo de discursiva—, constitutiva y pragmática —débil o fuerte—.

1) Construcción causal: algo está construido causalmente si y sólo si los factores sociales juegan un rol causal al traerlo a la existencia, o en alguna medida sustancial, en que sea como es.

Construcción discursiva: algo está construido discursivamente sólo en caso de que sea como es, de manera sustancial, por lo que se le (auto)atribuye.

2) Construcción constitutiva: algo está construido constitutivamente si y sólo si hemos de hacer referencia a factores sociales para definirlo.

3) Construcción pragmática: un esquema clasificatorio está construido si y sólo si su uso está determinado, al menos en parte, por factores sociales.

Una distinción está débilmente construida pragmáticamente si los factores sociales determinan parcialmente su uso.

Una distinción está fuertemente construida pragmáticamente si los factores sociales determinan completamente su uso.

Provistos ahora de esta caja de herramientas conceptuales, podemos abordar el debate entre naturalismo y construccionismo social sobre

la enfermedad mental.

2. EL DEBATE SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

La estructura que he elegido para este capítulo pretende mostrar la tensión —no irresoluble, en algunos aspectos— entre lo biológico y lo socialmente construido. Intentaré trazar cierto recorrido histórico de modo que diferentes posturas dialoguen entre ellas, pues este aspecto me parece relevante para comprender sus motivaciones. A menudo me referiré también a disputas sobre la naturaleza de la enfermedad física, pues la comprensión de la enfermedad mental es paralela con frecuencia a esta. A pesar de que este capítulo es, en buena medida, expositivo, pretendo ofrecer una relectura del debate en torno al concepto y realidad de la enfermedad mental. A mi juicio, el enfrentamiento entre naturalismo y construccionismo social, lejos de estar agotado —como algunos autores han pretendido— presenta nuevas oportunidades de comprensión y es útil para arrojar luz a los presupuestos que operan en nuestra concepción de la enfermedad mental y los problemas prácticos concomitantes.

LA MEDICINA COMO OBJETO DE ESTUDIO SOCIOLÓGICO

Los primeros trabajos que ponen significativamente el foco en la dimensión social de la enfermedad los podemos encontrar en la sociología de la medicina que se inaugura en los años cincuenta con el trabajo de Talcott Parsons ([1951] 2005), uno de los mayores exponentes del funcionalismo en sociología. En las páginas que Parsons dedica a la práctica moderna de la medicina podemos ya atisbar una aproximación a la tríada de conceptos que anteriormente mencioné: *disease*, *illness* y *sickness*. Partiendo de un análisis sociológico funcional, donde la salud del individuo es comprendida como necesi-

ria para el correcto funcionamiento del sistema social, Parsons define la enfermedad con un pie en la biología y con otro en la sociedad:

we may say that illness is a state of disturbance in the “normal” functioning of the total human individual, including both the state of the organism as a biological system and of his personal and social adjustments. It is thus partly biologically and partly socially defined. Participation in the social system is always potentially relevant to the state of illness, to its etiology and to the conditions of successful therapy, as well as to other things. (Parsons [1951] 2005, 290).

La idea que aquí quiero destacar es que, en esta primera aproximación a la definición de enfermedad, vemos que Parsons no problematiza esa *perturbación en el funcionamiento normal* del organismo como sistema biológico; dicho de otro modo, limita su análisis sociológico a la enfermedad como *illness* y *sickness*. Para definir la enfermedad, en cambio, es preciso hacer referencia tanto a la perturbación biológica, como a los factores sociales que la acompañan. Así pues, podríamos señalar que *disease* es un concepto que no se halla socialmente construido, mientras que *illness* se halla constitutivamente construido, en tanto que para definirlo es preciso apelar a factores sociales. Esta aseveración no resulta problemática pues, como señalaba al principio, la vertiente subjetiva o social de la enfermedad no resulta objeto de tan acaloradas polémicas como la vertiente orgánica. A pesar de no problematizar esta vertiente orgánica de la enfermedad, Parsons sí que parece suscribir cierta forma de construccionismo causal cuando afirma que la participación social es siempre potencialmente relevante, entre otros aspectos, para la etiología de la enfermedad y para su tratamiento. Esta aseveración,

igualmente, no resulta problemática, ni siquiera en el campo de la enfermedad mental, donde, como decía antes, factores sociales pueden ser reconocidos como las causas —aunque sea lejanas— de ciertas enfermedades mentales.

El análisis de Parsons se centra en la parte social de la enfermedad, en el *rol de enfermo* y en la configuración de la relación doctor-paciente. Estar enfermo es entendido como una forma de *desviación*, cuya característica diferencial reside en la falta de responsabilidad: el enfermo no es responsable de su condición, precisamente por la dimensión orgánica en que ésta se ancla. El enfermo se ha desviado de la normalidad biológica y también de las normas sociales, pero no se le puede responsabilizar porque ésta no ha sido una decisión suya. Ahora bien, aunque Parsons mantiene en el ámbito de lo natural la dimensión orgánica del proceso de la enfermedad, ya advierte que este ámbito no es impermeable, sino que se ve también afectado por elementos psicológicos. Así pues, mientras que hay una dimensión de la enfermedad que se ve inafectada por la intencionalidad humana, hay otra que es permeable a ella, como se evidencia en el hecho de que las creencias y los deseos pueden afectar a los procesos fisiológicos, como ocurre en la recuperación de los procesos infecciosos. Sin profundizar más en la cuestión, Parsons reconoce que este problema se maximiza en el caso de la enfermedad mental, en la cual los síntomas presentados no son orgánicos, sino comportamentales.

Podríamos considerar su propuesta como híbrida, pues en ella el fenómeno de la enfermedad no se agota en la dimensión biológica, ni tampoco en la social. Según Simon Williams (2005), la formación previa que Talcott Parsons tuvo en el campo de la medicina imbuyó su análisis de un cierto tono *realista*, de manera que para él, “illness, in other words, is not solely or simply a social state of affairs, however important these social factors might be” (p. 126). Esta interpre-

tación de la postura de Parsons no es compartida por todo el mundo: el punto realista que Williams ve como ventaja de la postura parsoniana es, al parecer de Stefan Timmermans y Steven Haas (2008), poco menos que pereza o despreocupación intelectual: “Parsons’ contribution as a founding figure of medical sociology consisted of parcelling out a social realm of medicine while leaving biology, physiology, and pathology for others” (p. 660). Esta tarea fue bien recibida por las siguientes generaciones de sociólogos de la medicina, quienes abandonarán la aproximación funcional para apostar por el construccionismo social (Brown 1995; Eisenberg 1988; Freidson 1970; Turner [1987] 1995), y darán lugar a interesantes debates en ámbitos propiamente filosóficos.

Antes de pasar a problematizar esta dimensión orgánica de la enfermedad corporal, nos adentraremos en las críticas de algunos autores bien polémicos, como el conocido Thomas Szasz y —el tal vez menos conocido— Hans J. Eysenck, quienes comparten esta visión *realista*, naturalista, de las enfermedades orgánicas y la emplean, precisamente, para cuestionar la realidad de la enfermedad mental.

EL NATURALISMO EN CONTRA DE LA PSIQUIATRÍA

Anteriormente ya comentaba que, usualmente, se considera que las críticas y revisiones de la enfermedad, física o mental, no provienen de entre las filas naturalistas, sino de las construccionistas sociales. Esta no es, sin embargo, una regla que se cumpla siempre: un ejemplo de ello —con matices que ahora veremos— es Thomas Szasz, autor del famoso libro *El mito de la enfermedad mental* y personalidad destacada dentro del denominado Movimiento Antipsiquiatría. Szasz denunció el uso de las instituciones y prácticas psiquiátricas como herramientas de control del comportamiento desviado e indeseable: “it has become customary to use the term ‘mental illness’ to

stigmatize, and thus control, those persons whose behavior offends society—or the psychiatrist making the ‘diagnosis’” (Szasz [1961] 1972, 103).

Para Szasz, la enfermedad mental no es una enfermedad real, sino metafórica. Según nos narra, inicialmente la clase *enfermedad* contenía únicamente elementos que compartían la propiedad común de hacer referencia a un estado físico-químico donde una estructura o función del cuerpo humano se encontraban alteradas. Posteriormente, elementos adicionales fueron incluidos en esta clase, pero el criterio de inclusión, atendiendo a Szasz, no fue entonces la presencia de alteraciones orgánicas, sino tan sólo la presencia de discapacidad y/o sufrimiento. Así, fenómenos como la histeria o la depresión se incluyeron dentro de la clase *enfermedad*, si bien añadiéndoles el adjetivo *mental* para diferenciarlos de las alteraciones corporales. Luego, “physicians and especially psychiatrists began to call ‘illness’ (that is, of course, ‘mental illness’) anything and everything in which they could detect any sign of ‘malfunctioning’, based on no matter what norm” (Szasz [1961] 1972, 58). Así, mientras que los primeros elementos de la clase se incluían por desviarse de la norma según la dicta la naturaleza, los últimos se incluyeron por desviarse de las normas o preferencias sociales e individuales.

Szasz es un autor cuya postura es a veces denominada *normativista*. Aquí leeré su aportación al debate en términos de construccionismo social. Szasz es un construccionista social fuerte respecto de la enfermedad mental: encontramos en él una defensa de su construcción discursiva, constitutiva y pragmática fuerte. No obstante, es al tiempo un defensor del naturalismo respecto de la enfermedad física. Así pues, conforme acabo de explicar, Szasz no problematiza los criterios para la inclusión de elementos en la clase *enfermedad física*: estos lograrían rastrear factores biológicos relevantes, de modo

que su carácter patológico queda definido sin hacer referencia a factores sociales. Los criterios para incluir elementos en la clase enfermedad mental, en cambio, son puramente sociales: el propósito al que sirve la distinción entre los enfermos mentales y los considerados sanos responde únicamente al propósito de mantener el orden social establecido. Las clasificaciones psiquiátricas se hallan pragmáticamente construidas de forma fuerte. La realidad de la enfermedad mental se agota en el discurso, las prácticas médicas y el rol social del enfermo: es por ello que es un *mito*, una ficción que proyectamos en el mundo para ocultar o legitimar los verdaderos intereses que mueven las clasificaciones y prácticas psiquiátricas. Las normas de las que se desvía el enfermo mental no vienen en ningún caso determinadas por la naturaleza, sino siempre por la sociedad.

Con un espíritu similar, el psicólogo Hans J. Eysenck formuló también una crítica a la psiquiatría al considerar que, si bien esta tiene una parte médica, mayormente trata problemas conductuales. Ahora bien, ni en el caso de los trastornos de personalidad, ni en las neurosis o psicosis, podemos encontrar lesiones orgánicas, así como tampoco es posible correlacionarlas consistentemente con alteraciones fisiológicas o bioquímicas. Es por ello que Eysenck considera que las clasificaciones psiquiátricas no se han elaborado basándose en la evidencia científica, sino que se han realizado atendiendo exclusivamente a cuestiones prácticas. Al igual que Szasz, Eysenck no pone en cuestión la legitimidad de las enfermedades físicas y considera que la psiquiatría no puede ser medicina porque no trata únicamente enfermedades en el sentido orgánico:

From the point of view of the psychologist we may perhaps divide psychiatry into the *medical* part, dealing with the effects of

tumors, lesions, infections, and other physical conditions, and the *behavioural* part, dealing with disorders of behaviour acquired through the ordinary processes of learning. (Eysenck 1960, 3).

Eysenck, por lo tanto, adopta una postura naturalista para algunas de las afecciones con las que lidia la psiquiatría —las que tienen un carácter orgánico— y una postura construccionista social fuerte para las demás. Eysenck desenmascara parte de las —supuestas— enfermedades mentales como conductas individuales producto del funcionamiento normal de los procesos de aprendizaje. Los trastornos conductuales⁵ se diferencian de las enfermedades, según Eysenck, en al menos tres aspectos: en primer lugar, no se ha identificado para ellos una única causa; en segundo lugar, no es posible encontrar una homogeneidad entre ellos que, además, los diferencie claramente de la conducta normal; y, en tercer lugar, no existe una cura específica para ellos. Por estos motivos, difícilmente podemos aplicarles el término *enfermedad*. En su lugar, deberíamos abandonar esta concepción en favor de la noción de *dimensiones de la personalidad*, dejando en manos de la psicología su tratamiento.

De entre todas las diferencias que Eysenck lista entre los trastornos conductuales y las enfermedades, aquella que —de estar en lo cierto— supone un problema insalvable para una concepción naturalista de la enfermedad mental es el hecho de que no existan di-

⁵ Nótese que aquí sí que se emplea el concepto de *trastorno* estableciendo una distinción entre este y el de *enfermedad*. La enfermedad sólo puede ser física —por ello podemos considerar enfermedad los tumores, infecciones, etc. que causan síntomas mentales—; mientras que cuando nos situamos en el ámbito del comportamiento, hemos de hablar de trastornos, marcando el hecho de que las conductas a las que dan lugar se desvían de las normas sociales y no las naturales.

ferencias entre las enfermedades mentales y las conductas normales —o de que no existan en un nivel orgánico, mejor dicho, pues movidos por intereses prácticos sí que trazamos esta distinción—. En este sentido, su postura se asemeja a la de Szasz, pues esta afirmación apunta a una construcción pragmática fuerte de la distinción que trazamos entre enfermedad mental y normalidad. Por el contrario, el hecho de que las causas para las enfermedades mentales no sean homogéneas no supone un problema fatal para una concepción naturalista: es posible que el concepto de enfermedad mental rastree condiciones causadas por diferentes factores y, en este sentido, sea heterogéneo, pero no por ello constitutivamente social; de hecho, esto también es cierto para la enfermedad física, pues consideramos enfermedades fenómenos tan diferentes en su etiología como las infecciones y el cáncer —cuyos mecanismos ni siquiera nos son bien conocidos y distan de ser homogéneos—. Del mismo modo, tampoco supone un problema necesariamente el hecho de que las enfermedades mentales no tengan una cura específica, pues podría deberse a una limitación epistemológica o técnica de nuestra época.

Allí donde Eysenck vio problemas sociales generados por los procesos normales de aprendizaje individuales, Szasz identifica *problems in living*, problemas de la vida: “expressions of man’s struggle with *the problem of how he should live*” (Szasz [1970] 1973, 21). Diciéndolo con la tríada *disease*, *illness* y *sickness*, ambos estarían de acuerdo en que la única enfermedad que *realmente* merece llamarse así es la *disease*, la enfermedad orgánica; y es por ello que Eysenck reconoce la parte médica de la psiquiatría en su vertiente neurológica. En este sentido, Szasz no niega tampoco que haya enfermedades físicas que puedan dar lugar a síntomas mentales —como por ejemplo la presencia de tumores cerebrales, asociados a psicosis— sino que afirma que, sencillamente, no son enfermedades *mentales*:

cuando descubrimos la causa física de una enfermedad que considerábamos mental —como ya ha ocurrido en el pasado, por ejemplo con la neurosífilis— esta deja de ser mental y pasa a convertirse realmente en una enfermedad (física). Ahora bien, Szasz se muestra escéptico respecto de la posibilidad de que en psiquiatría haya más descubrimientos como este: la esperanza de que tan sólo sea *cuestión de tiempo* que encontremos las alteraciones físico-químicas o genéticas de las enfermedades mentales está, a su juicio, *esencialmente* equivocada, ya que lo único que este concepto rastrea son comportamientos sancionados socialmente, razón por la cual podríamos encontrar sus correlatos biológicos, pero nunca encontrar en la naturaleza la norma de la cual se desvía el enfermo mental.

Siguiendo a Bill Fulford y Werdie van Staden (2013), para Szasz —y lo mismo puede hacerse extensible a Eysenck y otras figuras de la antipsiquiatría— “the legitimacy or otherwise of the concept of mental disorder depends on the extent to which its meaning tracks that of the concept of bodily disorder” (p. 389), ya que para él el concepto de trastorno o enfermedad física no supone problema alguno, en la medida en que apunta a una normalidad determinada por el mundo natural —por la integridad estructural y funcional— y no por las normas psicosociales, éticas y legales. Es por ello que podemos considerar a Thomas Szasz como un pensador naturalista para con la enfermedad física, construccionista social fuerte para con la enfermedad la mental y, por lo tanto, revisionista: la enfermedad mental no puede ser una enfermedad *real* porque no participa de la supuesta objetividad de la enfermedad orgánica.⁶

⁶ A pesar de que otros pensadores naturalistas, como vamos a ver, pondrán en cuestión los criterios que Szasz emplea para definir la enfermedad, esta idea de que el concepto de enfermedad mental debe ser equiparable en algún sentido al de enfermedad física para ser legítimo se va a ir manteniendo de una manera u otra. Es por ello que mantengo la tesis

Hemos de comprender adecuadamente a Szasz cuando afirma que la enfermedad mental es *un mito*: con ello no quiere decir que las conductas desviadas no existan, sino que únicamente se desvían de normas sociales; en resumidas cuentas, que la distinción que trazamos entre *enfermedad* y *normalidad* rastrea problemas prácticos en lugar de alteraciones orgánicas, de modo que la enfermedad mental es, en realidad, un fenómeno social y, en este sentido, no puede ser una verdadera enfermedad, sino que es un mito —una ilusión proyectada en el mundo natural, podríamos decir—.

Ahora bien, no hemos de entender que Szasz tan sólo carga sus tintas contra la psiquiatría biologicista o naturalista, la que pretende entenderse como una rama de la medicina, sino que igualmente critica el modelo del psicoanálisis, en la medida en que este busca la misma legitimación a través de la noción de enfermedad mental. Dado que el psicoanálisis se practica como si su única meta fuera sacar al paciente de un estado mental enfermo para devolverlo a la salud mental, se produce un encubrimiento de las cuestiones de valor, el cual, según el parecer de Szasz, resulta paradójico: “While it is generally accepted that mental illness has something to do with man’s social or interpersonal relations, it is paradoxically maintained that problems of values—that is, of ethics—do not arise in this process” (Szasz [1970] 1973, 20). A pesar de que hoy en día las posturas críticas con la psiquiatría se han suavizado un poco —hablamos generalmente de *psiquiatría crítica* más que de *antipsiquiatría*— lo cierto es que las denuncias sobre los encubrimientos de valores en el ámbito de la biomedicina y la biopsiquiatría continúan más que vigentes, como iremos viendo (Hernández 2011).

El análisis de Szasz de la enfermedad mental guarda una estrecha

de que, de cierto modo, se ha producido una equiparación entre *lo real* y *lo biológico*.

relación con su concepción de la práctica psiquiátrica, de modo que tiene implicaciones prácticas, éticas y políticas. Mientras que de acuerdo con el punto de vista médico, “mental illness is like any other illness, and psychiatric treatment, whether voluntary or not, is like any other treatment” (Szasz [1961] 1972, 12), para Szasz “mental illness is a myth, psychiatric intervention is a type of social action, and involuntary psychiatric therapy is not treatment but torture” (*ídem*). Conforme ya avancé en la introducción, la relevancia del debate en torno a la naturaleza de la enfermedad mental tiene mucho que ver con sus implicaciones prácticas, especialmente cuando se considera que ésta puede nublar las capacidades cognitivas y volitivas de la persona que la padece, perdiendo su capacidad de actuar de manera racional y libre. Esta falta de autonomía —auténtica o supuesta— nos puede llevar a eximir de responsabilidad moral y legal a las personas diagnosticadas con una enfermedad mental grave; pero también lleva a menudo asociado un estigma social y, sin duda, tiene un impacto en la subjetividad individual: “as generally used, psychiatric diagnostic terms do not describe identifiable disease entities, but instead degrade and demean the person to whom they are attached” (Szasz [1970] 1973, 58).⁷ En relación con esto, no solamente

⁷ Ha de tenerse en cuenta que resulta imposible separar el posicionamiento de Szasz frente a la psiquiatría de su postura radicalmente liberal en el terreno político. Para Szasz, como buen liberal, la libertad individual representaba un valor sagrado y cualquier injerencia en este terreno por parte del ámbito colectivo o público —esto es, del Estado— debería ser contestada enérgicamente (Szasz 1984); es por ello también que este autor argumentará en contra de la psiquiatría comunitaria, a la vez que apuesta por una redefinición de la práctica privada, donde se deje de pretender que la psiquiatría es una rama de la medicina y se acepte abiertamente que trata problemas de la vida. El sujeto que Szasz dibuja es libre y responsable de sí mismo hasta unos extremos que pueden resultar difícilmente defendibles, lo cual le lleva a entender la libertad individual como una dura conquista que ha de realizarse sin reservas, tanto ante las adversidades externas como ante las internas: “For if freedom is

la obra de Szasz posibilitó un paso importante en el reconocimiento de los derechos de los pacientes mentales, sino que otras figuras de la antipsiquiatría también fueron clave; por ejemplo Ronald D. Laing (1960; 1967) —cuyos trabajos sobre la esquizofrenia como respuesta normal ante situaciones adversas fueron recibidos con entusiasmo— o Franco Basaglia (1967; 1968) —una figura central en el activismo contra el internamiento de los pacientes psiquiátricos—. ⁸

Antes de concluir, me gustaría hacer una última reflexión: independientemente de que Szasz esté en lo cierto con su análisis sobre la enfermedad mental, el problema del trato a los pacientes mentales tiene entidad propia; esto es, aun si se diera el caso de que, en efecto, los pacientes mentales presentan alteraciones orgánicas, difícilmente podríamos justificar su trato inhumano o, incluso —como planteará Derek Bolton (2008), con quien, en parte, estoy de acuerdo — que su tratamiento forzoso deba ser competencia de la psiquiatría, pues este parece servir más a los propósitos de orden social que al interés individual. En este sentido, un análisis fuertemente naturalista —que, por ejemplo, niegue que las clasificaciones psiquiátricas sirven a ciertos propósitos sociales que pueden ser objeto de debate

the ability to make uncoerced choices, then man is born in chains. And the challenge of life is liberation. [...] In general, the more control man gains over his internal and external conditions, the more free he becomes; whereas, if he fails to gain such control, he remains enslaved, or, if, having gained it, he loses it, he becomes enslaved” (Szasz [1970] 1973, 1).

⁸ Cabe señalar, no obstante, que hay quien considera que el factor de mayor peso a la hora de conseguir la desinstitucionalización de los pacientes internos psiquiátricos no fue la presión social y la fuerza del Movimiento Antipsiquiatría, sino el hecho de contar con fármacos relativamente efectivos para el tratamiento de las enfermedades mentales más graves, los neurolépticos (Shorter 1997). Como era de esperar, a su vez, la eficacia de los neurolépticos también ha sido puesta en cuestión (Whitaker 2009).

o que no alcance a ver que si, en efecto, trazamos la distinción entre la enfermedad (mental) y la normalidad es porque nos mueven ciertas fuerzas sociales (independientemente de que, en efecto, estas distinciones consigan rastrear factores biológicos relevantes)—puede ser acusado de realizar un encubrimiento de las cuestiones de valor que operan en las clasificaciones y prácticas psiquiátricas. El debate sobre las finalidades que perseguimos con la clasificación y la práctica psiquiátrica *siempre* debe permanecer abierto y no hay definición naturalista de la enfermedad que pueda cambiar este aspecto.

De manera semejante, desenmascarar la enfermedad mental como un constructo social no implica necesariamente que no pueda o deba ser objeto de atención profesional —médica o de otro tipo—: es posible que, a pesar de que consideremos que el individuo no se desvía de normalidad natural alguna, su situación puede verse beneficiada por una intervención profesional. En este caso, mi postura es que debiéramos caracterizar correctamente la naturaleza del padecimiento del individuo, pues es necesario comprender el papel que están jugando los factores biológicos y los sociales para así poder concebir adecuadamente cuál es la mejor intervención, tanto en términos de eficacia, como en términos de justicia social. Volveré sobre esta cuestión en el siguiente capítulo.

Avancemos ahora hacia otra gran figura en el debate en torno a la enfermedad mental. Nos quedaremos en el terreno del naturalismo, aunque esta vez traeré a colación a un defensor de la psiquiatría que hizo frente a las críticas de Thomas Szasz, Hans Eysenck y otras figuras de la antipsiquiatría: Robert Kendell.

EL NATURALISMO AL RESCATE DE LA PSIQUIATRÍA

En 1975, Robert Kendell publicó “The Concept of Disease and its Implications for Psychiatry”, un artículo donde pretendía defender la

psiquiatría de las críticas que había recibido, las cuales se concentraban en torno a un argumento común: que aquello que los psiquiatras consideraban enfermedades mentales no eran enfermedades en absoluto. Lo primero que Kendell subraya es que para poner en cuestión la existencia de una enfermedad o para negar su realidad es necesario contar ya con un concepto de qué es la enfermedad; y el problema, a su parecer, es que todas estas críticas se articulan empleando un concepto de enfermedad que ya había sido abandonado tiempo atrás no sólo por la psiquiatría, sino por la medicina en su conjunto. Según Kendell, quienes argumentaron que la psiquiatría no trataba enfermedades reales lo hacían basándose, consciente o inconscientemente, en la premisa de que algún tipo de lesión es esencial para establecer la presencia de una enfermedad; concluyendo, por lo tanto, que dado que en el caso de las enfermedades mentales jamás se ha demostrado lesión o alteración física alguna, estas no serían en realidad enfermedades.

Kendell nos narra que, desde que en el siglo XVIII se popularizara la disección *post-mortem* de los cuerpos, la identificación de lesiones físicas jugó un papel crucial en la descripción y determinación de las enfermedades; máxime cuando, a mediados del siglo XIX, la invención de potentes microscopios permitió observar patologías celulares. Más recientemente, los avances tecnológicos han permitido expresar la enfermedad en términos de perturbaciones genéticas, moleculares y estructurales. Así pues, inicialmente la enfermedad estuvo ligada a la anatomía patológica; y, más tarde, también a las anomalías bioquímicas y fisiológicas. En este sentido, ha sido común presuponer que la enfermedad involucraba necesariamente alguna alteración física. A este enfoque se le presupone la ventaja, como ya he señalado, de capturar objetivamente hechos naturales, de manera que proporciona criterios objetivos y fiables para definir la enferme-

dad, lo cual debiera ser positivo para prevenir posibles abusos por parte de la medicina; no obstante, he de señalar, esto no implica que no pueda haber criterios objetivos y fiables para detectar y medir hechos sociales —y, yendo más allá, como dije páginas atrás, tampoco implica que un concepto de enfermedad que no involucre criterios sociales sea preferible a uno que sí los incluya—.

De acuerdo con Kendell, uno de los problemas que conllevan definiciones de la enfermedad como las de Szasz es que aquellos padecimientos cuya base física no se haya identificado aún no podrían ser considerados como enfermedades, lo cual podría suponer un problema a la hora de tratarlos en el seno de la medicina, a pesar de que pueden comportar un importante sufrimiento para quien los padece —y, por tanto, parecen ser merecedores de atención médica—. El segundo problema es que no siempre que se observa una alteración biológica estamos frente a una enfermedad: por ejemplo, este sería el caso del albinismo, donde a pesar de la falta de una enzima involucrada en el metabolismo de la tirosina, no consideramos que las personas albinas sufran por ello una enfermedad. El tercer problema que se presenta, de acuerdo con Kendell, es que dada la enorme variación presente incluso entre individuos sanos en la medida, forma, composición química y eficiencia funcional de sus tejidos y órganos, no es posible establecer claramente dónde acaba la variación normal individual y comienza la patología. Este problema lo vemos en el caso de la hipertensión o la diabetes: ¿cuál es el límite a partir del cual la presión sanguínea o el nivel de azúcar en sangre no es normal?

Quisiera hacer algunas reflexiones respecto a estas objeciones. Comenzaré por el tercer problema que identifica Kendell, el problema de la frontera entre la normalidad y la patología. Según Kendell, el hecho de que no podamos distinguir claramente entre las variaciones individuales normales y las patológicas es una objeción

contra el concepto de enfermedad mental basado en la lesión orgánica. Las dificultades para trazar los límites entre lo normal y lo patológico ya fueron reconocidas antaño en la medicina (Canguilhem [1943] 2011; Giroux 2010) y hoy en día suponen uno de los problemas más candentes en psiquiatría (Eisenberg 2007; Frances 2013b; Horwitz y Wakefield 2007; Lane 2007). Ahora bien, este problema no se presenta sólo en el caso de la enfermedad como lesión, sino que igualmente aparece en el caso de la enfermedad como disfunción biológica: es posible que lo normal y lo patológico se encuentren en un continuo, en lugar de ser categorías estancas. De hecho, este enfoque *dimensional* —que desdibuja las líneas nítidas entre lo normal y lo patológico y también entre los diferentes trastornos, presentándolos en un continuo o espectro— ha ganado fuerza teórica en los últimos tiempos (Mellor Marsá y Aragona 2009). Lo veremos en detalle en el cuarto capítulo.

Mi siguiente reflexión es más extensa y refiere al primer y segundo problema identificado por Kendell: la necesidad de tratamiento de condiciones de etiopatogenia desconocida y el hecho de que no toda alteración física es una enfermedad. Al poner el foco sobre estas cuestiones, se arroja luz sobre la vocación práctica de la medicina: si no fuera porque hay condiciones que consideramos que son merecedoras de atención médica y otras que no implican ningún perjuicio o mal que haya de ser tratado médicamente, no tendríamos problemas a la hora de no clasificar como enfermedades aquellas afecciones cuya etiopatogenia nos resulte desconocida, así como tampoco lo tendríamos a la hora de clasificar como enfermedades condiciones como el albinismo. De aquí se desprende que, en efecto, el concepto de enfermedad —física o mental— involucra factores sociales; en este caso, el reconocimiento de la existencia de cierto perjuicio individual y la valoración de que es merecedor de tratamiento médico.

En este sentido, es interesante observar que las condiciones que son consideradas como enfermedades sin conocer su etiopatogenia forman parte de esta clase por sus dimensiones subjetiva y social (Ereshefsky 2009), es decir, por su carácter de *illness* —sensación subjetiva de enfermedad— y de *sickness* —reconocimiento social del derecho de quien las padece a asumir el rol de enfermo (Parsons [1951] 2005; Williams 2005)—. De manera más precisa, diría que estas condiciones son enfermedades en la medida en que la vertiente subjetiva es reconocida socialmente —o médicamente—: no basta con que el individuo tenga un padecimiento y el convencimiento de estar enfermo, sino que ha de contar también con su reconocimiento social o médico. Además, ha de haber indicios suficientes para que se establezca la creencia de que la naturaleza de su padecimiento es causada por algún tipo de mal funcionamiento biológico, aunque aún no lo hayamos descubierto —y, por ello, precise de investigación—.

Estos casos no dejan de ser polémicos. En sociología de la medicina se conocen como *diagnósticos controvertidos* [*contested diagnoses*] (Barker 2010; Brown 1995)— y es característico de ellos que los afectados “have to convince the institution of biomedicine that their condition is medical in character” (Barker 2010, 154). Lejos de ser un fenómeno marginal, supone un reto para la medicina contemporánea, dado el hecho de que en las últimas décadas se ha multiplicado el número de diagnósticos controvertidos y de personas diagnosticadas. Así, millones de personas “are diagnosed with one of several syndromes characterized by a cluster of common, diffuse, and disturbing symptoms, ranging from pain and fatigue to sleep and mood disorders” (Barker 2010, 153). Por mencionar algunos, podemos referirnos a los síndromes de la Guerra del Golfo, fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable y sensibilidad química múltiple. Estos síndromes son disputados entre diversas disciplinas, pues al no haberse es-

tablecido su etiología se consideran a menudo psicossomáticos, de modo que su tratamiento no es claro, ni tampoco a qué especialidad competen.

Pasemos ahora, después de este excursio, a formular la propuesta de Kendell, la cual pretende enmarcarse dentro del naturalismo basándose en un modelo estadístico de la relación entre lo normal y lo patológico que encuentre su base en la noción de *desventaja biológica*: “mental illnesses are justifiably so-called because they are associated with reduced fertility and life expectancy, and that these two constitute a biological disadvantage” (Kendell 1975, 13). Para formular su propuesta, Kendell acude al trabajo de John G. Scadding, quien había propuesto que la clave para definir el concepto de enfermedad debía residir en si la alteración subyacente existente situaba al individuo en una posición de *desventaja biológica*. Así, Scadding (1967) define la enfermedad como:

the sum of the abnormal phenomena displayed by a group of living organisms in association with a specified common characteristic or set of characteristics by which they differ from the norm for their species in such a way as to place them at a biological disadvantage. (p. 877).

Ahora bien, como Kendell señala, Scadding no elabora en qué puede consistir esta desventaja biológica, y aquí es donde él hace su propuesta: en una reducción de la fertilidad y la esperanza de vida. Teniendo la teoría de la evolución como marco, afirma que “[i]n purely biological terms fertility is all important. It is this that determines which species flourish and expand and which die out, and which genotypes within a species become dominant and which remain rare” (Kendell 1975, 310-11). Partiendo, así, de esta definición de enferme-

dad, Kendell se propone, mediante la evidencia empírica, determinar si las enfermedades mentales son enfermedades reales o no. Para ello, acude a estudios sobre la esperanza de vida y la fertilidad de diferentes grupos considerados enfermos mentales, concluyendo que:

There is evidence, therefore, that schizophrenia and manic-depressive illness, together with some sexual disorders and various kinds of drug dependence, are associated with either a reduction in fertility or a reduction in life expectancy, or both, and for that reason are justifiably regarded as illnesses. The same may eventually prove to be true of some neurotic states and some types of personality disorder, but at present the evidence is not strong enough to justify firm conclusions in these areas. (Kendell 1975, 312).

Cabe recordar que Homosexualidad fue una categoría diagnóstica recogida hasta 1973 en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales*, DSM, elaborado por la American Psychiatric Association; y, de una manera u otra, la homosexualidad se mantuvo en el manual hasta el año 1987, cuando por fin fue totalmente eliminada de sus páginas.⁹ No ha de sorprendernos, pues, que Kendell argumente a favor de la homosexualidad como enfermedad mental, aunque sí que podríamos considerar que el hecho de que su concepto de enfermedad mental capture fenómenos como la homosexualidad

⁹ En el DSM-II, el diagnóstico de Homosexualidad se transformó en Perturbación de la Orientación Sexual —enfaticando el hecho de que la homosexualidad sería sólo patológica si quien la padecía deseaba ser heterosexual, lo cual legitimó las terapias de conversión sexual—. En la revisión siguiente, DSM-III, esta categoría volvió a transformarse, ahora en Homosexualidad Ego-Distónica, y no sería hasta 1987, con el DSM-III-R, que desaparecería finalmente del manual. (Drescher 2015).

supone un argumento en su contra. En este sentido, Kendell no avanza ninguna de las objeciones que sus críticos podrían plantearle; en otras áreas, en cambio, sí que especula sobre posibles críticas que podrían serle formuladas.

Una primera posible objeción que Kendell aborda apunta al cuestionamiento de la nítida distinción entre lo que es una desventaja puramente biológica y una desventaja social: podría argumentarse, así, que las desventajas que afectan a los enfermos mentales existen, pero que son consecuencia del hecho de que sean etiquetados como enfermos y, por tanto, no serían innatas e inevitables. En esta objeción encontramos lo que sería una construcción discursiva: son los efectos del discurso los que causan las consecuencias perniciosas para el enfermo, en lugar de sus características intrínsecas. Kendell, en cambio, no considera que etiquetar a los enfermos mentales como tales sea la fuente primaria de su reducción en la esperanza de vida y fertilidad: el argumento que ofrece para salvar esta posible objeción es señalar que “other social species, like the rat and the chimpanzee, have also been observed to discriminate against deformed or diseased individuals, excluding them from the group and sharply reducing their chances of survival by doing so” (Kendell 1975, 313). Así, la exclusión social que sufren los enfermos mentales sería en buena medida propiciada por factores innatos, naturales, independientes de la cultura y las clasificaciones psiquiátricas. El papel que juega este argumento en la postura de Kendell es importante, pues apelar a lo innato reviste a la enfermedad mental de la necesidad propia del mundo natural, alejándola de las contingencias de la esfera social, dotando al concepto de legitimidad; es una manera de justificar que si trazamos la distinción entre enfermos mentales y sanos no lo hacemos movidos por fuerzas sociales o culturales, sino que ocurre de manera innata, y por ello es legítimo.

El primer aspecto problemático de esta analogía que Kendell traza entre el comportamiento discriminatorio animal hacia sus miembros enfermos y la discriminación social hacia los enfermos mentales es que presupone que unas y otras enfermedades son equiparables. ¿En qué medida es equiparable, por ejemplo, una enfermedad infecciosa en una rata con un brote psicótico en un ser humano? Un segundo aspecto problemático que encuentro es que la especie humana ha generado estructuras sanitarias para el tratamiento de la enfermedad, de modo que se puede poner en cuestión que, aun si tuviéramos una tendencia natural a la discriminación hacia el enfermo, esta no se halle tan influenciada por factores culturales que quede prácticamente enterrada. Si los factores culturales modifican hasta ese punto nuestro tratamiento de quienes padecen una enfermedad física ¿por qué asumir que nuestras actitudes hacia la enfermedad mental no se ven también fuertemente influenciadas por factores sociales? El tercer aspecto problemático tiene que ver con el hecho de que la discriminación por la percepción social de ciertas características biológicas no se limita al ámbito de la enfermedad, sino que también es propio de fenómenos como la discriminación racial —donde podemos suponer que ciertos individuos o colectivos se alejan de la *norma* de la especie—; en este caso, a pesar de que puede haber una reducción en la fertilidad y supervivencia, no consideramos apropiado hablar de enfermedad.

A pesar de todo, el criterio de desventaja —sea biológica o social— que propone Kendell parece interesante y relevante para seleccionar a quienes merecen atención y cuidados —no necesariamente médicos—: si, en efecto, un colectivo se halla sistemáticamente en esta situación, aunque fuera por una inclinación innata, haríamos bien en analizar la situación y buscar posibles vías de intervención.

Por otra parte, Kendell también hace frente a otra posible

objeción a su propuesta, a saber, que es posible que una desventaja a nivel individual, como por ejemplo la mencionada homosexualidad, resulte ventajosa para el grupo: por ejemplo, en un entorno superpoblado, contar con individuos homosexuales sería ventajoso para la especie, aun siendo desventajoso para los individuos en cuestión. En este caso, Kendell argumenta como sigue:

Clearly the complexities of the situation created by man's distortion of his original biological environment are almost endless. Yet somehow we have still to find a way of distinguishing between innate biological disadvantages and others attributable to cultural and social determinants of varying kinds. (Kendell 1975, 313).

Aquí, Kendell se apoya en la más que problemática idea de que existió un *entorno original biológico*, ahora *distorsionado por el hombre*. Dado que él mismo ha caracterizado al ser humano como un animal social, es difícil ver en qué sentido se puede hablar de ese entorno original biológico. Podríamos entender que Kendell está haciendo referencia al entorno de adaptación evolutiva, pero este entorno —al menos una parte de él— no es *biológico*, si entendemos por biológico algo semejante a exento de factores sociales o culturales —si bien es cierto que era un entorno mucho menos complejo que el actual—. Sea como fuere, a mi juicio, el *quid* de la cuestión reside en que la crítica que se puede formular apuntando al hecho de que lo que individualmente supone una reducción de la fertilidad y la esperanza de vida puede ser, en cambio, una ventaja para el grupo, sitúa como unidad de selección a la especie en lugar del individuo, de modo que convierte en irrelevante para la selección natural el destino de los individuos en particular. De hecho, fijémonos que el propio Kendell

enfatisa la importancia de la fertilidad para la especie: “it is this that determines which species flourish and expand and which die out, and which genotypes within a species become dominant and which remain rare” (Kendell 1975, 310-11). Esto resulta problemático para Kendell porque, según parece, con su énfasis en lo biológico y lo innato, pretende aferrarse al proceso ciego de la selección natural para determinar quién está enfermo y quién no; de modo que, si esta no opera sobre el individuo, sino sobre la especie, habría de justificar por qué situar ahora en un lugar central al primero. Conforme decía antes, lo que hay tras la elección de Kendell de la supervivencia y la fertilidad como criterios para definir la enfermedad mental es la idea de que pueden marcar una diferencia relevante naturalmente, de manera que cuando nosotros confeccionamos nuestras clasificaciones realizando tal distinción no estamos sino rastreando algo que ya se encuentra en la naturaleza.

La insistencia de Kendell en la reducción de la fertilidad y la esperanza de vida de quienes padecen enfermedades mentales está, además, relacionada con la manera en que concibe la práctica psiquiátrica y el cuidado que ofrece a los enfermos mentales, desvalidos sin él. Por ejemplo, respecto de los esquizofrénicos, escribe lo siguiente: “if schizophrenics were simply to be ignored and provided neither with sanctuaries where they could be fed and clothed nor with modern chemotherapy there is little doubt that comparatively few would survive to old age” (Kendell 1975, 312). Igualmente, allí donde otros han visto instituciones de control, Kendell considera que el propósito primario de los asilos del siglo XIX fue el de proteger a los dementes y, sólo secundariamente, a la sociedad.

Esta visión choca frontalmente con la concepción que, como hemos visto, Szasz tenía del tratamiento psiquiátrico. Ahora bien, por relevante que pueda ser esta discrepancia entre Szasz y Kendell, no

podríamos concluir adecuadamente el repaso a las propuestas de estos autores sin subrayar que comparten una similitud nada despreciable: el hecho de que ambos consideran que la legitimidad del concepto de enfermedad mental depende de la medida en que su significado sea capaz de rastrear cierta alteración biológica, remitiéndonos al concepto de enfermedad física. Así pues, las discrepancias que muestran sobre el concepto de enfermedad mental no se deben sino al hecho de que no comparten un mismo concepto de enfermedad física, contrastando así la visión de alteración anatómico-funcional de Szasz con la propuesta de desventaja biológica de Kendell (ver Fulford y van Staden 2013; Kingma 2013). Mientras que Szasz tildó la enfermedad mental de mito porque difería de la enfermedad física —en la medida en que únicamente se desvía de normas sociales y no biológicas—, Kendell argumentó que, dado que la enfermedad física y la mental eran *esencialmente* lo mismo, la enfermedad mental era *realmente* una enfermedad. Nótese que ya en el inicio de esta polémica, la equivalencia entre *real* y *físico*, o más concretamente, *biológico*, se hace más que patente: sólo la biología es capaz de dotar de realidad y legitimidad a la enfermedad mental.

Finalmente, señalaré también que la postura de Kendell tiene implicaciones revisionistas que el propio autor reconoce y acepta, si bien mucho más limitadas que las de Szasz. La aplicación de su criterio de desventaja biológica dejaría fuera de la clase de enfermedades padecimientos como la neuralgia postherpética o la psoriasis; además de algunas afecciones que los psiquiatras tratan o trataban, como por ejemplo las neurosis. Ahora bien, reconocer que algunos de los problemas con los que lidia la psiquiatría no son enfermedades no ha de llevarnos, según el parecer de Kendell —y el mío— a no darles cobertura médica; por el contrario, de la misma manera que la

medicina trata fenómenos normales, como el embarazo,¹⁰ la psiquiatría podría tratar fenómenos que no fueran patológicos. Es deber de los psiquiatras y del conjunto de la sociedad, pues, reflexionar sobre los límites de su competencia y responsabilidad.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD ORGÁNICA

Las posturas que trataré a continuación comprenden de diferentes maneras la construcción social de la enfermedad orgánica [*disease*], a menudo con un ánimo revisionista. A pesar de que existe una enorme heterogeneidad entre ellas, creo que es posible ordenarlas y arrojar luz a través de las herramientas conceptuales que vengo manejando.

Hasta ahora hemos considerado posturas que, a pesar de contar con elementos revisionistas, no ponen en cuestión la realidad de la enfermedad en lo que podríamos denominar su vertiente orgánica; es decir, no han cuestionado que, de alguna manera, existen en la naturaleza hechos biológicos según los cuales determinar la presencia de una patología. En referencia a ello, ya avanzaba al inicio, al presentar la propuesta de Talcott Parsons, que este cuestionamiento sería llevada a cabo desde el campo del construccionismo social, mostrando cómo los factores sociales son *constitutivos* de la dimensión orgánica de la enfermedad [*disease*], igual que se hizo con las dimensiones subjetiva [*illness*] y social [*sickness*].

Como Ian Hacking (1999) señala, usualmente el objetivo de los

¹⁰ A este respecto habría de hacer una precisión: a pesar de que los conocimientos y las técnicas médicas puedan resultar útiles tanto en el embarazo como en el parto, existe el riesgo de que estos procesos naturales se medicalicen en exceso —como ha ocurrido en el caso del parto—, aplicando técnicas que a menudo no son necesarias y que pueden resultar incluso perjudiciales para la madre y el niño o la niña. (Cahill 2001).

análisis construccionistas sociales suele ser el de enfatizar los aspectos culturales e históricos de clasificaciones y objetos comúnmente comprendidos como naturales; de esta manera, se los pretende despojar de la necesidad asociada al mundo natural y se expone su contingencia, propia de su carácter sociohistórico, lo cual podría posibilitar su revisión e incluso abrir la puerta a su posible eliminación, si bien esto no siempre es posible, dado que la realidad social puede ser a menudo más difícil de modificar que la realidad natural: algunos constructos sociales son muy resistentes y desenmascarar su naturaleza construida no implica estar en posición de modificarlos o eliminarlos —por ejemplo, podríamos llevar a cabo un exhaustivo análisis sobre la construcción social de la clase *mujer inmigrante* y ello no nos situaría inmediatamente en posición de modificarla o eliminarla—.

Recordemos que, empleando las herramientas conceptuales que presenté al inicio (p. 40), uno podía afirmar la construcción social en tres sentidos básicos: causal o, más restringidamente discursiva —cuando los factores sociales causan que algo sea como es—; constitutiva —cuando para definir algo es preciso hacer referencia a factores sociales—; y pragmática, débil y fuerte —cuando el uso que hacemos de nuestros esquemas clasificatorios está influenciado por factores sociales, parcial o totalmente, respectivamente—. En este apartado veremos ejemplos de los tres tipos de construcción, centrándonos en la diferencia fundamental entre las posturas construccionistas pragmáticas débiles y fuertes respecto de la enfermedad en su vertiente orgánica: es en este punto donde las críticas resultan más destructivas pues, como ya señalé, es comúnmente aceptado que las vertientes subjetiva [*illness*] y social [*sickness*] involucran factores sociales y ello no resulta (demasiado) controvertido; en cambio, apostar por la construcción fuerte de la distinción entre lo patológico y lo normal

es negar toda posibilidad de que esta rastree un hecho biológico relevante, dicho de otro modo, que sea posible hallar un hecho biológico por el cual determinar el carácter anormal de cierta condición.

Comencemos viendo la propuesta de Eliot Freidson (1970):

Illness as such may be biological disease, but the idea of illness is not, and neither is the way human beings respond to it. Thus, biological deviance or disease is defined socially and is surrounded by social acts that condition it. (p. 209).

when a physician diagnoses a human's condition as illness, he changes the man's behavior by diagnosis: a social state is added to a biophysical state by assigning the meaning of illness to disease. It is in this sense that the physician creates illness just as the lawmaker creates crime, and that illness is a kind of social deviance analytically and empirically distinct from mere disease. (p. 223).

Bajo mi punto de vista, la idea que Freidson pretende enfatizar es que la medicina no trata con *diseases*, sino con *illnesses*; y estas últimas se hallan construidas socialmente. Cuando Freidson afirma que la enfermedad *como tal* puede ser una enfermedad biológica, parece estar aceptando la realidad biológica de la vertiente orgánica de la enfermedad; ahora bien, los criterios que empleamos para su definición involucran factores sociales. Así pues, aunque la *disease* pueda tener una existencia independiente de nuestras clasificaciones, la *illness*, objeto de la teoría y práctica médica, no existe de manera independiente de nuestras clasificaciones y prácticas: “[w]hile illness as a biophysical state exists independently of human knowledge and evaluation, illness as a social state is created and shaped by human

knowledge and evaluation” (Freidson 1970, 223). Freidson, además, parece poner especial énfasis en la construcción discursiva de la enfermedad que implica el acto diagnóstico: con él añadimos un hecho social a un hecho biofísico, lo cual tiene un poder causal sobre el comportamiento del individuo, en tanto que tiene la capacidad de modificarlo. La clasificación y diagnóstico médico tienen el poder de traer a la existencia un nuevo objeto social, la *illness* —la cual difiere, *analítica y empíricamente*, de la mera *disease*—; así como también un nuevo tipo de persona, el enfermo.

Pasemos ahora a explorar las posturas que apuestan fuertemente por la construcción social de la enfermedad. Este sería el caso de autores como Peter Sedgwick (1982) o Bryan Turner ([1984] 2008; [1987] 1995), quienes a su vez recurren con frecuencia a los estudios del filósofo francés Michel Foucault (1963; 1966). Los pasajes que aquí traeré a colación reflejan una construcción pragmática fuerte de la enfermedad en todos sus sentidos, de modo que esta se halla constitutivamente construida. Comenzaremos por Bryan Turner, quien además centra su atención en la construcción discursiva.

Turner está particularmente interesado en la relación entre el conocimiento y el poder en la distribución social de la salud y la enfermedad. Su máximo interés reside en el estudio del rol del discurso médico como fundamento de su poder. Su aproximación involucra un análisis de la idea de enfermedad como interpretación médica de la realidad, lo cual le llevará a realizar una evaluación crítica de la disposición de lo natural a través de la perspectiva de la sociología del conocimiento de las categorías de *disease* e *illness*. Así, desde una perspectiva sociológica y filosófica, tratará los conceptos de la ciencia médica como productos de cambios culturales, siempre constreñidos por el lenguaje. Turner se basa fuertemente en el trabajo de Foucault, quien veía el conocimiento científico como cualquier otra

forma de conocimiento humano: constreñido por las limitaciones del lenguaje, constituido por interpretaciones y metáforas, y lejos de una pretendida objetividad. Según Turner, esto tiene consecuencias importantes para la medicina:

We can no longer regard 'diseases' as natural events in the world which occur outside the language with which they are described. A disease entity is the product of medical discourses which in turn reflect the dominant mode of thinking [...]. What things are depends on how they are defined; how things are defined depends on how the general culture allocates phenomena within the spaces of convention. If we adopt this theory of knowledge, then disease is not a pathological entity in nature, but the outcome of socio-cultural processes. (Turner [1987] 1995, 11-12).

Turner afirma estar haciendo *ontología social* al preguntarse qué es la enfermedad [*disease*]; y tiene por labor dilucidar las *constituciones sociales* de las enfermedades [*diseases*].¹¹ Además, el análisis de la ontología social de la enfermedad nos ha de llevar también a la ontología del cuerpo, pues un concepto no se puede comprender sin el otro; igual que tampoco puede comprenderse la separación entre la medicina física y la medicina mental —psiquiatría— sin entender la vieja escisión que ha dominado nuestra cultura, la escisión entre cuerpo y mente. El estudio sociológico y filosófico-ontológico del cuerpo es fundamental, al parecer de Turner, para entender el fenómeno de la enfermedad, pues la enfermedad [*disease*] se presenta

¹¹ Enfatizo entre corchetes el uso del término *disease* para no perder de vista que lo que está en cuestión es la dimensión orgánica, como fenómeno natural, de la enfermedad, tanto física como mental.

como una entidad neutral y natural que reside en la naturaleza, es decir, en el cuerpo del paciente. Turner, así como otros construccionistas, formulará la pregunta ontológica por la realidad del cuerpo y también responderá a la pregunta a través del construccionismo social, apuntando a los procesos y realidades sociales que, según esta posición, lo conforman (Butler 2011; Turner [1984] 2008; Williams 2006).

Para mostrar la construcción social de la enfermedad, Turner ofrece un argumento que puede condensarse en las siguientes líneas: (1) todas las narrativas —conjuntos de eventos dentro de un lenguaje— dependen de diversas convenciones del lenguaje, el cual es un sistema autorreferencial; (2) nada ocurre fuera del lenguaje; (3) por tanto, lo que sabemos de “el mundo” es simplemente el resultado de convenciones arbitrarias que empleamos para describir el mundo; (4) si adoptamos esta teoría del conocimiento, la enfermedad [*disease*] no es una entidad patológica en la naturaleza, sino el resultado de procesos socio-históricos (Turner [1987] 1995, 11-12).

Como ya he señalado, la intención de Turner es la de realizar una ontología social de la enfermedad. Observando este argumento vemos cómo lo realiza: a partir de una teoría del conocimiento, sentencia la naturaleza de la enfermedad: “what things are depends on how they are defined” (Turner [1987] 1995, 11). Hemos de percatarnos del alcance de esta tesis, pues no afecta tan sólo al ámbito de la medicina, sino a *todo*. Bajo mi punto de vista, Turner puede tener razón al poner sobre la mesa el papel de la construcción discursiva en la enfermedad, máximamente en la enfermedad mental —en tanto que las clasificaciones y diagnóstico psiquiátrico pueden modificar tanto el comportamiento de los pacientes, como los propios síntomas mentales, como defenderé más adelante—, pero creo que comete un error esencial en su argumentación al realizar un paso ilegítimo de la

esfera epistémica a la esfera ontológica. En este punto observamos lo que Haslanger ya apreció con respecto de las posiciones antirrealistas en el campo del feminismo: “The guiding thought here is that because what we think or know about things is always conditioned by our particular social position, all we can ever meaningfully say about them is how they are related to that position” (Haslanger 2012, 104). Ahora bien, que la realidad sólo pueda ser representada mediante el lenguaje y que siempre nos hallemos situados en una posición con respecto a ella no tiene por qué llevarnos a aceptar que el lenguaje *constituye* la realidad o que nada ocurre fuera de él.

Como vengo apuntando, todo conocimiento viene motivado por diferentes factores sociales: siempre que trazamos distinciones y realizamos agrupaciones lo hacemos movidos por algún propósito —si bien es posible que nuestras distinciones logren rastrear diferencias naturales—. Aceptar esta motivación social no equivale a decir que estos factores constituyen la realidad misma: que nuestro conocimiento esté socialmente construido no hace que la realidad dependa de él ontológicamente. Igualmente, aunque, en efecto, considero adecuado abordar la construcción discursiva de la enfermedad mental, no considero que la construcción discursiva afecte a *todos* los objetos: por ejemplo, no parece que los quarks se hallen afectados por este tipo de construcción.

Cuando Turner afirma que la enfermedad [*disease*] es producto de los discursos médicos, se compromete con la tesis de que aquello que parecía remitir a una entidad de la naturaleza no remite más que al propio discurso, sustentado por el poder médico. Por lo tanto, los factores sociales constituyen en un sentido ontológicamente fuerte la enfermedad. Este tipo de discurso se opone frontalmente a las posturas que hemos considerado hasta ahora. Se opone, incluso, a las tesis de la antipsiquiatría, las cuales defendían la legitimidad del

concepto de enfermedad orgánica. Así lo explicita Peter Sedgwick:

Quite correctly, the anti-psychiatrists have pointed out that psychopathological categories refer to value-judgments and that mental illness is deviancy. On the other hand, the anti-psychiatric critics themselves are wrong when they imagine physical medicine to be essentially different in its logic from psychiatry. (Sedgwick 1982, 38).

De este modo, se extiende el análisis de la antipsiquiatría de la enfermedad mental a la enfermedad física. Sedgwick acusa a los antipsiquiatras como Szasz de suscribir una visión positivista de la medicina física, donde se traza claramente una distinción entre los hechos y los valores:

In seizing on the value-laden, subjective, "political" elements of psychiatric diagnosis and treatment, they have implicitly—and sometimes, indeed, explicitly—conceded the value-free, political and "objective" character of medicine-in-general: their dismissal of positivism in psychiatry is founded on a contract with non-psychiatric medicine which actually depends on the acceptance of positivism as a possible method in vital areas of human decision-making. (Sedgwick 1973, 28).

Bajo mi punto de vista, Sedgwick tiene razón al observar que la medicina física incluye cuestiones de valor y que teóricos como Szasz han pasado por alto este hecho. Hasta aquí, incluso una propuesta naturalista como la de Boorse podría acomodar esta tesis, al aceptar que la práctica médica está imbricada con factores sociales. Pero la postura de Sedgwick es más fuerte, pues viene a negar el reducto

que Boorse delimitaría como exento de valores, el de la teoría médica. Sedgwick niega la existencia de ningún hecho biológico relevante para trazar la distinción entre la patología y la normalidad:

The fracture of a septuagenarian's femur has, within the world of nature, no more significance than the snapping of an autumn leaf from its twig: and the invasion of a human organism by cholera germs carries with it no more the stamp of 'illness' than does the souring of milk by other forms of bacteria. (Sedgwick 1973, 31).

En Sedgwick colapsa la distinción entre *disease*, *illness* y *sickness* porque todas ellas están igualmente atravesadas por los mismos intereses y valores. Sencillamente, en la naturaleza no hay *diseases* ni *illnesses*: "Outside the significances that man voluntarily attaches to certain conditions, there are no illnesses or diseases in nature." (p. 30). La distinción entre la salud y la enfermedad está, a juicio de Sedgwick, pragmáticamente fuertemente construida, pues todo lo que nos guía en su trazado y todo lo que captura son nuestros intereses sociales: "Out of his anthropocentric self-interest, man has chosen to consider as 'illnesses' or 'diseases' those natural circumstances which precipitate the death (or the failure to function according to certain values)" (p. 31). Ahora bien, a diferencia de Turner, Sedgwick no niega la existencia independiente de ciertos hechos biológicos —a los que posteriormente cargamos con una valoración negativa—. Esto es importante porque los factores sociales no constituyen enteramente la realidad de la enfermedad, sino únicamente de la propiedad ser patológico. Así aclara su posición:

Are there no diseases in nature? Are there not infectious and

contagious bacilli? Are there not definite and objective lesions in the cellular structures of the human body? Are there not fractures of bones, the fatal ruptures of tissues, the malignant multiplications of tumorous growths? Are not these, surely, events of nature? Yet these, as natural events, do not—prior to the human social meanings we attach to them—constitute illnesses, sicknesses, or diseases. (Sedgwick 1973, 30-31).

Todos estos fenómenos son, en efecto, naturales; y, precisamente en tanto que naturales, carentes de significado. A mi juicio, Sedgwick está en lo cierto al plantear que la enfermedad física y la mental involucran factores sociales; especialmente, al apuntar al hecho de que distinguimos entre la salud y la enfermedad movidos por ciertos intereses. Ahora bien, aún hemos de atender a las réplicas desde las filas del naturalismo para dirimir si, a pesar de ello, es posible retener alguna concepción de la normalidad en términos biológicos, en lugar de puramente sociales. La medida en que las tesis de Sedgwick tendrán éxito depende de ello, tanto en el terreno de la enfermedad física, como en el terreno de la enfermedad mental.

MÁS NATURALISMO AL RESCATE

Es el turno ahora de abordar el planteamiento de Christopher Boorse, otra de las grandes figuras de este debate. Boorse intentará encontrar en la naturaleza un hecho biológico en el que anclar la distinción entre enfermedad [*disease*] y salud, afirmando además que este puede ser descrito de manera objetiva. No obstante, también trazará la distinción entre *disease* e *illness*, de manera que, mientras que la primera no involucra cuestiones de valor, la segunda sí. Según lo plantea Boorse, mientras que la teoría médica —que es cercana a la biología y lidia con la enfermedad como fenómeno orgánico— que-

da libre de valores, la práctica médica —que ha de tratar con personas que son definidas como enfermas a través de criterios normativos— conlleva una carga valorativa. Releeré su postura en las próximas páginas para explorar dónde y de qué manera sitúa Boorse la parte construida de la enfermedad.

Boorse también aborda el problema de la enfermedad mental, como *disease* y como *illness*. En un artículo publicado en 1976, “What a theory of mental health should be”, comienza reconociendo los problemas que tiene la psiquiatría como disciplina científica, pues aún no goza de consenso en sus bases teóricas. Según su parecer, esta falta de consenso no podrá superarse hasta que los psiquiatras y los teóricos de la psiquiatría abracen la fisiología como su paradigma: lo que no puede continuar haciendo la psiquiatría es emplear los conceptos de salud y enfermedad de la medicina sin abrazar plenamente el paradigma médico; por tanto, tiene dos opciones: o lo asume completamente o, como propusieron los miembros de la antipsiquiatría, lo abandona por completo y se redefine la disciplina.

A pesar de la intención de Boorse de defender a la psiquiatría de los ataques sufridos, él mismo también realiza algunas duras consideraciones críticas, aunque no pretenden ser una enmienda a la totalidad: su crítica tiene que ver con el hecho de que los psiquiatras, en lugar de investigar en qué consiste la organización funcional de la mente humana para conocer en qué consiste la salud mental, llegan a formular sus criterios para identificarla esta a través de tres rutas diferentes (e inadecuadas): seleccionando rasgos de personalidad que son altamente valorados —como la dignidad o la decencia— e igualándolos con la salud mental; presuponiendo que ciertas afecciones son enfermedades mentales —como las psicosis— y, por tanto, que sus síntomas constituyen una definición negativa de salud mental; o buscando criterios (sociales) para la definición de un comporta-

miento normal como nuestra de salud mental. A su juicio, “the methods used by most theorists of ‘mental health’ are essentially indefensible” (Christopher Boorse 1976, 81), y aquí es donde la psiquiatría se verá forzada a decidir entre la investigación de la organización funcional de la mente humana o el abandono del campo de la salud en favor de otros paradigmas.

En Boorse observamos nuevamente la idea de que para que el concepto de enfermedad mental sea legítimo ha de articularse conforme el concepto de enfermedad física. Hasta aquí, Kendell, Szasz, Eysenck y Boorse podrían estar más o menos de acuerdo. Si la psiquiatría quiere emplear el concepto de enfermedad mental, entonces debe equiparar su uso al que se hace en medicina; lo cual, según Boorse —y, en contra de la visión de la antipsiquiatría— es perfectamente factible, pues “the functional idea of health in physical medicine applies as straightforwardly to the mind as to the body” (Christopher Boorse 1976, 62). Boorse (1977) ofrece las siguientes definiciones para formular su *teoría bioestadística*:

1. The *reference class* is a natural class of organisms of uniform functional design; specifically, an age group of a sex of a species.
2. A *normal function* of a part or process within members of the reference class is a statistically typical contribution by it to their individual survival and reproduction.
3. *Health* in a member of the reference class is normal functional ability: the readiness of each internal part to perform all its normal functions on typical occasions with at least typical efficiency.
4. A *disease* is a type of internal state which impairs health, i. e. reduces one or more functional abilities below typical efficiency. (p. 555).

La clave de su teoría bioestadística es que las enfermedades son concebidas como interferencias con funciones naturales, y la organización de las especies, como un hecho biológico; así, según Boorse, el concepto de enfermedad [*disease*] quedaría libre de valores, en contra de la visión construccionista fuerte que había planteado Sedgwick. Boorse sostiene que su análisis de la enfermedad [*disease*] no solamente es válido para la enfermedad física, sino también para la mental, la cual “would be the special case obtained by focusing on the functions of mental processes” (Christopher Boorse 1976, 63). Por tanto, se podría hablar de salud y enfermedad mental si existen cosas tales como funciones mentales; y, según Boorse, a pesar de que no se puede hablar de funciones mentales con la misma especificidad que en el caso de las corporales —a causa de la plasticidad cerebral, el rol de la cultura y el entorno— sí que podemos afirmar que ciertos tipos de procesos mentales llevan a cabo funciones estándar en el comportamiento humano, como por ejemplo la percepción o la memoria.

Boorse (1975), como decía, además, distingue entre dos dimensiones de la enfermedad, la enfermedad como *disease* y como *illness*. Conforme lo expone, mientras que la primera es susceptible de ser definida sin involucrar cuestiones de valor, la segunda sí que las incluye: en este sentido, la enfermedad [*illness*] sería indeseable para quien la padece, le conferiría derecho a un trato especial y, además, sería una excusa válida para un comportamiento criticable en otras circunstancias. *Illness* queda definida como un subtipo de *disease*; de este modo, *illness* no sólo se ha de definir a través de criterios sociales, sino que ha de involucrar también algún mal funcionamiento como criterio natural, una desviación de la normalidad biológica. Podemos comprender que Boorse sostiene una postura híbrida sobre *illness*.

Mediante la distinción entre *disease* e *illness*, se pretende salvaguardar de los factores sociales un núcleo científico médico:

behind [the] conceptual framework of medical practice stands an autonomous framework of medical theory, a body of doctrine that describes the functioning of a healthy body, classifies various deviations from such functioning as diseases, predicts their behavior under various forms of treatment, etc. This theoretical corpus looks in every way continuous with theory in biology and the other natural sciences, and I believe it to be value-free. The difference between the two frameworks emerges most clearly in the distinction between disease and illness. (Christopher Boorse 1975, 55-56).

Boorse sostiene que el corpus teórico de la medicina está exento de valores y es puramente descriptivo. Bajo mi punto de vista, esta postura no es incompatible con la afirmación de que la distinción que trazamos —que el propio Boorse traza— entre la enfermedad [*disease*] y la salud viene motivada por ciertos factores sociales: por ejemplo, por nuestro interés en comprender cómo se comportan ciertos organismos al recibir cierto tipo de tratamiento diseñado para intervenir sobre ellos. Lo que aquí se pone en juego son los factores sociales que guían la elaboración de las clasificaciones médicas; esto es, una forma de construcción pragmática débil —la cual, recordemos, impregna todo nuestro conocimiento—. Ahora bien, a pesar de que la distinción que trazamos entre *disease* y *health* viene motivada socialmente, es perfectamente compatible con que los criterios que empleamos para confeccionar las clasificaciones médicas no remitan a factores sociales, sino únicamente a hechos biológicos. Es posible, pues, que a pesar de que la distinción que trazamos entre

ambos conceptos esté motivada socialmente, esta describa objetivamente una diferencia relevante genuinamente biológica.

Hasta aquí, esto puede ser acomodado sin problemas por una postura naturalista. El construccionismo fuerte daría un paso más allá: tal diferencia no existe, no hay ningún hecho biológico relevante que describir; todo lo que rastreamos son nuestros intereses o valores. Para el construccionista fuerte, la propiedad de ser patológico debe definirse como ser contrario a nuestros intereses o valores; para un naturalista como Boorse, la propiedad de ser patológico debe definirse como una interferencia con una función natural según el diseño típico de la especie. Por lo tanto, si *función natural* y *diseño típico* son hechos naturales, lo patológico no queda únicamente definido por factores sociales. Veremos un poco más adelante las posibilidades de éxito que tiene esta propuesta.

Boorse, en cambio, sí que concedería que la distinción que trazamos entre *disease* e *illness* se encuentra fuertemente construida pragmáticamente: el uso de esta distinción no rastrea en absoluto ninguna diferencia biológica relevante entre los miembros de ambas clases, sino únicamente intereses sociales y valores. *Illness* es un concepto constitutivamente construido, en tanto que para su definición es preciso hacer referencia a factores sociales, particularmente, a su valoración como indeseable para el individuo, merecedor de trato especial y excusa válida para un comportamiento de otro modo criticable.

Así concebida la postura de Boorse, es más sencillo evitar una confusión que se ha generado respecto de su naturaleza descriptivista o normativista (ver Fulford 2001; Simon 2007); y es que se ha defendido que es posible afirmar que el concepto de enfermedad [*illness*] es descriptivo y no normativo en tanto que describe hechos sociales, sin realizar una valoración sobre ellos: “Descriptivism argues

that in certain circumstances the evaluative meaning carried by a word or phrase may be redefined in terms of the descriptive criteria for the value judgment the word or phrase in question is used to express.” (Fulford 2001, 82).¹² Sea o no posible esta aproximación, se aleja de la intención de Boorse. Atendamos al siguiente pasaje para ilustrar su tesis: “First, diseases are interferences with natural functions. Second, since the functional organization typical of a species is a biological fact, the concept of disease is value-free.” (Christopher Boorse 1976, 63). Haríamos mejor en distinguir aquí dos afirmaciones diferentes: en primer lugar, que el concepto *disease* rastrea un hecho biológico —una interferencia con una función según la organización típica de la especie— y, en segundo lugar, que este concepto no incluye ninguna valoración, sino que es meramente descriptivo. Ahora bien, ambas afirmaciones no son equivalentes: sería posible que el concepto de *disease* siguiera rastreando hechos biológicos y que involucrara también una valoración sobre ellos; al igual que sería posible que rastreara hechos sociales y fuera puramente descriptivo, sin expresar un juicio subjetivo sobre ellos. Por lo tanto, comprender la postura de Boorse como descriptivista oscurece su planteamiento.

Otro motivo por el que resulta fructífero leer todo este debate en términos de naturalismo frente a construccionismo social es porque algunos autores han elegido hablar expresamente de la *normatividad de la vida*. Así lo formulaba el pionero en filosofía de la medicina

¹² Fulford no está de acuerdo en que esta relectura en términos descriptivistas sea posible para el concepto de enfermedad mental en ningún caso: “because human values are diverse in the areas of experience and behaviour with which psychiatry is concerned, is not applicable to mental disorder.” (Fulford 2001, 82). A mi juicio, tal descripción sí que es posible, apelando no únicamente a valores, sino a otros factores sociales. Volveré a esta cuestión en el siguiente capítulo.

George Canguilhem: “La vida misma, y no el juicio del médico, convierte a lo normal biológico en un concepto de valor y no en un concepto estadístico de realidad” (Canguilhem [1943] 2011, 96). La normalidad biológica es un hecho natural y no uno social: no es la sociedad quien impone sus normas sobre la biología, sino que es la propia biología quien impone sus normas sobre el organismo para su preservación. En este sentido, la biología es normativa. Así, podríamos afirmar que los conceptos de salud y enfermedad son normativos, al tiempo que descriptivos, objetivos y naturales: la normatividad biológica no sería, pues, una construcción social. En este mismo sentido, en el marco del debate abierto actualmente en torno a la definición del concepto de función biológica, se acepta también su normatividad, entendiéndola como una propiedad biológica. Así lo expresan, por ejemplo, Cristian Saborido *et al.* (2016), al formular su concepto de *organizational malfunction*:

our notion of organizational malfunction entails a normative distinction between ‘healthy’ and ‘unhealthy’ biological states grounded in the distinction between ‘correct functioning’ and ‘malfunctional behavior’ that does not depend on psychological or social values, but on the organizational properties of biological mechanisms. (p. 112).

Otra manera que Saborido *et al.* tienen de caracterizar la idea de la existencia una normatividad biológica es afirmar que no es dependiente del observador. Esta caracterización encaja bien con el enfoque que vengo desarrollando; así pues, aunque *el observador* pueda tener intereses en trazar la distinción entre la salud y la enfermedad [*disease*], la naturaleza nos provee de una diferencia relevante que nuestros conceptos pueden rastrear.

Volvamos ahora a Boorse. Anteriormente he señalado que considera legítimo aplicar el concepto de enfermedad al campo de la salud mental, siempre que este se emplee de la misma manera que se emplea en medicina, y siempre y cuando existan funciones mentales. La distinción entre *disease* y *health* es aceptable, pues, en la teoría psiquiátrica. Pero, ¿qué hay de la distinción entre *disease* e *illness*? ¿Es igualmente aplicable al campo de la psiquiatría? Recordemos los criterios que él ha descrito para distinguir unas y otras:

Diseases become illnesses only when they satisfy certain further, and normative, conditions: A disease is an illness only if it is serious enough to be incapacitating, and therefore is (i) undesirable for its bearer; (ii) a title to special treatment; and (iii) a valid excuse for normally criticizable behaviour. (Boorse 1976, 63).

Mientras que la distinción entre *disease* y *health* no es problemática para Boorse en el campo de la psiquiatría, aquella entre *disease* e *illness* no resulta, a su juicio, tan sencilla: “While conditions (i), (ii), and (iii) apply fairly automatically to serious physical diseases, not one of them should be assumed to apply automatically to serious mental diseases” (Boorse 1975, 66). La primera condición, la de la indeseabilidad, no es de obvia aplicación en el caso de la enfermedad mental: tomando el polémico ejemplo de la homosexualidad, Boorse defiende que, a pesar de que involucra una desviación respecto del funcionamiento normal de los mecanismos de reproducción, no parece cierto que, a este respecto, resulte indeseable alejarse del funcionamiento típico de la especie.

We always have the right to ask, of normality, what is in it for us that we already desire. If it were possible, then, to maximize in-

trinsic goods such as happiness, for ourselves and others, with a psyche full of deviant desires and unnatural acts, it is hard to see what practical significance the theoretical judgment of unhealthiness would have. (Boorse 1975, 63).

La normalidad o salud —equivalentes para Boorse (1975): “health is normality” (p. 50)— es un hecho biológico que puede establecerse teóricamente a través de su descripción objetiva; pero es importante no caer en una falacia naturalista al asumir que este estado de normalidad es deseable *per se*, especialmente en el caso de la enfermedad mental. Boorse es consciente de ello: “health, though an important value, is conceptually a very limited one. Health is not unconditionally worth promoting, nor is what is worth promoting necessarily health” (p. 60). La práctica médica, pues, al identificar las enfermedades que son indeseables se apoya en una distinción fuertemente construida y, por lo tanto, no podemos escapar de la reflexión acerca de los intereses y valores que la guían y la conforman. Boorse parece asumir que esta reflexión genera menos problemas en el campo de la salud física —donde parece suponer que hay más consenso en considerar como indeseables las interferencias con el diseño típico (cf. Barnes 2016)—, pero por su imbricación con la personalidad, valores e intereses individuales, esto no resulta tan obvio en el caso de la salud mental.

Los puntos segundo y tercero son —aún— más complejos de dirimir. Según entiende Boorse, el hecho de que la enfermedad [*illness*] deba conferir un trato especial y ser eximente o atenuante de responsabilidad moral y/o legal se basa en la concepción que tenemos de nuestro cuerpo y nuestras acciones: por ejemplo, no podemos hacernos responsables de cómo nuestro cuerpo lleva a cabo el proceso digestivo —este proceso no puede ser concebido como una acción

nuestra, voluntaria y libre—, por lo que si la digestión no funciona correctamente, con indeseables resultados, nos confiere derecho a un trato especial —por ejemplo, atención médica— y nos exime de nuestras responsabilidades —por ejemplo, laborales, en caso de que nos encontremos indispuestos—. Mientras que esto no resulta problemático en el caso de la enfermedad física, las cosas se ponen turbias cuando nos desplazamos al terreno de la enfermedad mental. A juicio de Boorse, la relación que tenemos con nuestra psicología es mucho más *íntima* que la que tenemos con nuestra fisiología: “The puzzle about mental illness is that it seems to be an activity of the very seat of responsibility—the mind and character—and therefore to be beyond all hope of excuse” (Boorse 1975, 66). Ahora bien, Boorse es consciente de que este es un tema espinoso y de que la cuestión de los límites de la responsabilidad en los enfermos mentales está aún por clarificarse (ver, por ejemplo, King y May 2018).

Hay un aspecto sobre el que quiero llamar la atención: ¿por qué Boorse considera problemáticos estos criterios? Desde mi punto de vista, parece bastante acertado definir las enfermedades mentales [*mental illnesses*] a través de los criterios propuestos. Me parece acertado en el siguiente sentido: creo que, en efecto, captura bien algunas intuiciones sobre cómo creemos estar empleando este concepto. Esto es, cuando definimos una condición como enfermedad mental, la consideramos indeseable y estimamos que debe dar lugar a un trato especial y excusarnos por ciertos comportamientos. Pero Boorse no parece estar diciendo eso, sino que más bien parece estar mostrando la tensión entre estos criterios normativos y las *diseases* que, de hecho, consideramos como *illnesses*; esto es, aquellas que tratamos médicamente. A su juicio, “If the term ‘mental illness’ is to be applied at all, it should probably be restricted to psychoses and disabling neuroses” (Christopher Boorse 1975, 66). El problema es

que llamamos enfermedades mentales a muchas más condiciones que las psicosis y las neurosis graves; y, por lo tanto, la definición del concepto de *mental illness* que Boorse propone no es la del concepto que, en realidad, opera. Su concepto es normativo, ahora sí, en tanto que no pretende describir el uso que hacemos de *mental illness*, sino prescribir los criterios que serían adecuados para definir la enfermedad mental. En el próximo capítulo abordaré esta cuestión, introduciendo una nueva distinción trazada por Haslanger entre los conceptos *manifiesto*, *operativo* y *meta*.

Pasemos ahora a comentar algunas de las críticas que la propuesta de Boorse ha recibido. Desde la filosofía de la psiquiatría, estas han atacado, sobre todo, su noción de clases de referencia y de función biológica, poniendo en duda que se hallen efectivamente desprovistas de cuestiones de valor (Fulford 2001; Kingma 2007; 2013). Veamos la siguiente crítica de Elselijn Kingma (2013):

Boorse needs to justify, without prior reference to health and disorder, why out of all possible ways of groupings humans, only age, sex, and perhaps race are the groupings that underpin an account of health and disorder. And since Boorse is committed to arguing that the BST [teoría bioestadística] is value-free—i.e., that a preference for the BST over alternatives represents a value-free choice or objective representation of reality and not a value-laden preference—this justification for admitting certain reference classes only should be value-free too. (p. 370).

El argumento de Kingma es interesante y en algunos aspectos estoy de acuerdo con ella, pero creo que también presenta algunos puntos que pueden matizarse. Kingma entiende que el carácter *value-free* debe implicar, en esencia, que la preferencia de la BST sobre otras

alternativas sea una elección libre de valores o una *representación objetiva de la realidad*, en lugar de una preferencia con carga valorativa. Por una parte, estoy de acuerdo en que el hecho de seleccionar las variables de la edad, el sexo y tal vez la raza para determinar la clase de referencia implica una elección —en tanto que otras propiedades podrían haber conformado nuestros criterios para determinar la clase de referencia, como por ejemplo la altura o el peso—, pero no resulta tan obvio de qué manera esta elección está cargada de valores; o, más concretamente, de valores que invaliden nuestra clasificación.

Como vengo señalando, todo nuestro conocimiento se halla, al menos, construido débilmente —siempre hay fuerzas sociales, intereses, preferencias, valores, contingencias históricas— que nos llevan a trazar diferentes distinciones y agrupaciones. Ahora bien, en el caso de la elección de la edad, el sexo y la raza, podría darse que todo lo que haya tras ella no sean factores sociales o incluso que, aun siéndolo, resulten relevantes. Por ejemplo, existen diferencias en la presentación de los infartos de miocardio en función del sexo (Di Carlo et al. 2003). Otro ejemplo, más complejo, sería el de la psoriasis, la cual se presentaría en diferentes subtipos dependiendo de diferencias étnicas y raciales (Yan et al. 2018). Como los propios autores del estudio señalan, es posible que las diferencias no sólo se deban a diferencias genéticas, sino que el acceso a la sanidad o el estilo de vida también podrían contribuir a ellas. Este es un punto importante: es posible que clasificar a los sujetos por su sexo o etnia resulte explicativo o predictivo y que, en cambio, no lo sea exclusivamente por factores genéticos. Ahora bien, a pesar de que médicamente puede resultar útil esta clasificación, presenta dificultades para conformar las clases de referencia que tiene en mente Boorse. El problema, a mi juicio, no es que haya valores involucrados, sino

que el desempeño típico de la clase de referencia, a pesar de poder establecerse objetivamente, no es algo ya dado, sino que puede depender causalmente de factores sociales; máxime en el terreno del funcionamiento psicológico. Si, por ejemplo, los individuos que clasificamos bajo cierta raza se ven sistemáticamente sometidos a la malnutrición y debido a ello, digamos, presentan unos niveles muy bajos de hierro, no resultará significativo evaluar el funcionamiento normal de uno de sus miembros sin tener en cuenta este hecho.

Continuemos examinando el argumento de Kingma. Prosigue de esta manera:

Such a non-circular, value-free justification cannot be provided: restricting reference classes to healthy groups of humans would be circular, and other proposals either fail to generate the correct results or appeal to values (Kingma 2007). We therefore lack a reason to think the reference classes Boorse admits, and thereby the BST, are value-free or interest-independent. Instead they are likely to reflect prior, and possibly value-laden, assumptions about which groups are normal and healthy—assumptions that are deeply embedded in this account of disorder. (p. 370).

Fijémonos en que en el primer pasaje que he citado, Kingma habla de emplear la edad, el sexo y la raza como criterios para conformar la clase de referencia. Aquí, en cambio, introduce la idea de que restringir la clase de referencia a grupos de humanos sanos cae en la circularidad. En efecto, si fuera el caso, estaríamos cayendo en tal circularidad al seleccionar individuos que consideramos sanos para conformar la clase de referencia que nos permitirá distinguir la salud de la enfermedad. No obstante, determinar la eficiencia funcional típica de la clase de referencia conformada por los individuos de cierta

edad, sexo y quizás raza no implica necesariamente que estemos seleccionando individuos que previamente consideramos sanos.

Kingma también esgrime otro tipo de argumento para criticar la concepción naturalista de Boorse, en este caso dirigido a su concepto de enfermedad [*disease*] mental. Boorse presupone que la mente tiene cierta estructura modular funcional y que es posible conocerla. Kingma, en cambio, argumenta que no es obvio que la mente tenga, en efecto, tal estructura: “To use a well-trodden metaphor, minds may not have joints—and if they do, they may have so many that there are multiple possible yet mutually incompatible ways of carving them” (Kingma 2013, 368). La organización funcional de la mente parece admitir, a su juicio, una aproximación pluralista, de modo que diferentes descripciones funcionales resultarían verdaderas. El problema insalvable que se encontraría entonces el naturalista es que “multiple true functional descriptions of the mind means multiple true demarcations between function and dysfunction, which means multiple true accounts of mental disorder” (*ídem*). Esto, a juicio de Kingma, socava el naturalismo; en parte, estoy de acuerdo con ella. La posibilidad de mapear de diferentes maneras la organización mental, dando lugar también a diferentes demarcaciones entre función y disfunción, supone efectivamente un problema para un naturalismo *fuerte*, que pretenda alejar *toda* cuestión de valor de la ciencia y la teoría psiquiátrica; y tenemos buenos motivos para pensar que este es el caso de Boorse. Ahora bien, aun reconociendo las limitaciones de una aproximación naturalista a la enfermedad mental, el panorama que aquí se dibuja dista mucho de ser el dibujado por las tesis que se expresaron desde las filas de la antipsiquiatría: de acuerdo con los teóricos de la antipsiquiatría, no hay ningún hecho biológico relevante tras nuestro concepto de enfermedad mental; esto no es equivalente a afirmar que podemos mapear de diferentes

maneras la organización funcional mental, pues existen hechos biológicos relevantes que podemos rastrear con nuestras clasificaciones. De lo que aquí se trata, pues, es de elegir el esquema conceptual que mejor pueda servir a nuestros propósitos prácticos, aceptando —y esto es fundamental— la existencia de diferencias relevantes genuinamente naturales. Dicho de otra manera, aquí la naturaleza nos provee de *diferencias* y nosotros nos encargamos de realizar *distinciones*, según nuestros propósitos prácticos. Las cuestiones de valor, las preferencias y, en resumen, todas las contingencias sociales, entran en juego, pero también los factores biológicos.

Bajo mi punto de vista, en efecto, debemos abordar la tarea de deliberar sobre qué factores biológicos —también sociales— habríamos de considerar relevantes para conformar los criterios mediante los cuales definir la enfermedad mental, conforme expondré en el próximo capítulo.

La propuesta de Boorse también ha sido objeto de críticas debido a la posibilidad misma de que el concepto de función se halle exento de valores —reformulado en los términos que vengo empleando, que no esté fuertemente construido socialmente—. El debate sobre la función biológica, sea física o mental, es muy extenso en filosofía de la biología y de la psiquiatría, y abordarlo en profundidad, si bien deseable, excede los límites de este trabajo.¹³ No obstante, volveré a hablar de funciones biológicas cuando trate el análisis del trastorno mental articulado por Jerome Wakefield. En este momento, me limi-

¹³ El lector interesado puede consultar *Psychiatry in the Scientific Image* (Murphy 2006, 77-87), donde Dominic Murphy, además de rechazar tanto la aproximación en términos evolutivos de Boorse, como una lectura en términos teleológicos, hace un repaso rápido sobre las claves del debate en torno a este concepto. Sin tratar específicamente la función en psiquiatría, el capítulo de Elseijn Kingma (2017) también resulta una buena fuente de información sobre la cuestión.

taré a señalar que una de las maneras de mostrar el rol de los valores en el concepto de función biológica es hacerlo mostrando que es un concepto teleológico. Así, filósofos como Bill Fulford han puesto en cuestión que los conceptos de función y de disfunción estén exentos de valores: “For while it is true that function is a term of art in biology (which is a science), it is a teleological rather than (purely) causal term; and teleology [...] can be connected conceptually through purposes and intentions to values” (Fulford 2001, 83). Boorse define causalmente *función* como “a standard causal contribution to a goal actually pursued by the organism” (1975, 57), en conexión con las nociones evolutivas de supervivencia y reproducción. El problema, según Fulford (2001), es que “goal itself, to the extent that it is a teleological concept, carries an evaluative element of meaning. [...] a goal is something which (in itself) it is good to hit and bad to miss”. (p. 83). La medida en que esta crítica resulta destructiva, ya lo he señalado anteriormente, depende de la posibilidad de naturalizar el concepto de finalidad: una vez más, aun si fuera cierto que las finalidades están conectadas conceptualmente con cuestiones de valor, es posible que también rastreen hechos naturales relevantes.

Para finalizar, mencionaré una crítica a la teoría bioestadística de Boorse que resulta más difícilmente salvable: la de dónde trazar exactamente la línea entre lo normal y lo patológico. Dado que desde la teoría bioestadística se afronta la definición de la enfermedad, mental o física, como una desviación respecto del desempeño funcional típico según la clase de referencia —y este se da en una distribución continua, formando la conocida *campana de Gauss*—, habríamos de dirimir dónde situamos los límites entre la función normal y la disfunción, es decir, a partir de qué grado de desviación consideraríamos que estamos frente a una enfermedad. Boorse (1977) ha hecho frente a estas críticas, aunque el debate ha continuado

(Schwartz 2007) y llega prácticamente hasta nuestros días (C. Boorse 2014). Trataré de nuevo el problema de la demarcación cuando abordemos la aproximación dimensional de los RDoC a la psicopatología, según la cual las funciones psicológicas se presentan en una dimensión o continuo, desde el funcionamiento normal al funcionamiento patológico, de modo que emerge un problema muy similar.

DE LA ANTIPSIQUIATRÍA A LA PSIQUIATRÍA CRÍTICA

El último tramo de nuestro recorrido por los debates en torno a la definición de la enfermedad mental llega hasta nuestros días, de la mano de lo que se ha denominado *psiquiatría crítica*. Igual que en décadas pasadas, cuando los debates tenían un trasfondo social muy importante, hoy en día los problemas teóricos de la psiquiatría también influyen y se ven influenciados por la opinión pública y los problemas sociales. Mientras que en los sesenta y setenta lo más preocupante era la cuestión del internamiento de los pacientes mentales —es decir, lo más preocupante eran las enfermedades mentales graves—, hoy en día un importante foco de preocupación aparece en el marco de los trastornos menos severos —es decir, en lo que se ha denominado *expansión del diagnóstico psiquiátrico y procesos de patologización de la vida cotidiana* (Frances 2013b)—. Actualmente es común encontrar posturas que defienden que la psiquiatría tiene legítimamente un núcleo de afecciones mentales que tratar, pero que estas no suponen, desafortunadamente, el grueso de la práctica psiquiátrica. Además, buena parte del debate tiene también relación con el tratamiento psicofarmacológico de la enfermedad o trastorno mental, el cual se ha impuesto en la práctica psiquiátrica y ha ayudado a forjar una imagen biologicista de la mente humana y las patologías mentales (P. D. Kramer 1993; cf. Ballesteros 2018). En este sentido, aparecen también voces críticas que cuestionan incluso la

eficacia del tratamiento farmacológico y ponen en duda la imagen de progreso bajo la cual se presenta con frecuencia la psiquiatría (Bentall 2009; Kirsch 2010; Whitaker y Cosgrove 2015).

Estos cambios en el foco de las problemáticas tienen mucho que ver con el desarrollo mismo de la psiquiatría. En la segunda parte de este trabajo trataré más a fondo esta cuestión; de momento, me limitaré a apuntar una serie de factores que han favorecido este proceso expansivo de la psiquiatría. En primer lugar, la aparición del DSM-III en 1980 se sitúa como un hito dado que, al ofrecer definiciones operacionalizadas para los diferentes trastornos mentales —esto es, un listado de criterios claros que seguir para identificar y medir las diversas patologías mentales— consiguió un consenso jamás visto en el diagnóstico psiquiátrico (Frances 2013b), lo cual fue útil para responder a las voces más críticas: era, al menos, el primer paso para llevar a la psiquiatría al terreno seguro de la medicina, pues se consiguieron estandarizar los criterios diagnósticos, independientemente de la escuela a la que perteneciera el terapeuta. En segundo lugar, los desarrollos de la psicofarmacología moderna fueron también revolucionarios, alcanzando un gran hito con la comercialización del *Prozac* a finales de la década de los ochenta, el cual obtuvo rápidamente una enorme popularidad, pues al fin se contaba con una medicación específicamente diseñada para el tratamiento de un trastorno mental —la depresión—, que pudo ser consumida por millones de personas a causa de sus (relativamente) pocos efectos secundarios (P. D. Kramer 1993). En este sentido, la industria farmacéutica merece una mención especial a la hora de presionar para el consumo de psicofármacos y para la expansión del diagnóstico psiquiátrico (Horwitz y Wakefield 2007; Kirsch 2010; Lane 2007). En cuarto lugar, el despegue de las neurociencias en la década de los noventa también ha sido un elemento clave en el asentamiento de la biopsi-

quiatria y en su expansión, pues encontrar algunos correlatos entre los síntomas mentales y los procesos cerebrales supuso un espaldarazo a la legitimidad de los diagnósticos psiquiátricos y a su tratamiento farmacológico. Finalmente, tampoco podemos obviar la propia estructura de nuestros servicios sanitarios, donde prevalece la atención psiquiátrica en lugar de la psicológica. Bajo el punto de vista de Allen Frances, quien estuvo al frente del comité de redacción del DSM-IV y ahora entona el *mea culpa*:

Disease mongering cannot occur in a vacuum—it requires that the drug companies engage the active collaboration of the doctors who write the prescriptions, the patients who ask for them, the researchers who invent the new mental disorders, the consumer groups that advocate for more treatment, and the media and Internet that spread the word. (Frances 2013b, 29).

En este paradigma de expansión psiquiátrica, una de las cuestiones más apremiantes es la de distinguir los *trastornos reales* frente a las *condiciones normales patologizadas*; máxime cuando los criterios diagnósticos se han visto usualmente rebajados edición tras edición del DSM, de manera que cada vez dan cabida a más personas. Ahora bien, ¿cómo podemos distinguir qué afecciones son trastornos mentales y cuáles no lo son, cuando aún ni siquiera hemos llegado a un consenso sobre qué es o qué ha de ser un trastorno o enfermedad mental? Ante la dificultad de dar respuesta a ello, psiquiatras como Frances apuestan directamente por una solución pragmática: trazar la línea entre lo normal y lo patológico de manera que englobe sólo a aquellos que presentan síntomas graves y que no parezcan remitir por sí mismos con el paso del tiempo:

Psychiatric disorder consists of symptoms and behaviors that are not self-correcting—a breakdown in the normal homeostatic healing process. Diagnostic inflation occurs when we confuse the typical perturbations that are part of everyone’s life with true psychiatric disorder (Frances 2013b, 32).

Este problema de la inflación diagnóstica lo encontramos, entre otros casos, en afecciones como el Trastorno de Depresión Mayor (Horwitz y Wakefield 2007; Wakefield y Demazeux 2016), el Trastorno de Ansiedad Social (Lane 2007) o el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (Eisenberg 2007). La gravedad de la situación reside no solamente en la inflación diagnóstica, sino en el tratamiento psicofarmacológico de estas afecciones cuando no son *realmente* patológicas ya que, además de conllevar efectos secundarios, pueden interferir con los procesos homeostáticos de recuperación. Si llevamos la crítica a un terreno más social, tendríamos que estamos medicalizando y tratando farmacológicamente condiciones que no son auténticamente enfermedades mentales, sino más bien problemas de índole social.

Precisamente, en llevar a cabo esta tarea de distinguir aquello *realmente* patológico de aquello *patologizado* se ha centrado Jerome Wakefield, realizando junto a Allan Horwitz un profundo análisis sobre el fenómeno de la depresión y la progresiva transformación de la tristeza intensa en depresión que hemos vivido recientemente en nuestra sociedad. A su parecer, el fenómeno que capturan los criterios de nuestros manuales diagnósticos no es un trastorno mental, la depresión, sino que los criterios son tan laxos y carentes de referencias al contexto que confunden sistemáticamente lo que es una respuesta normal, adaptativa, de los mecanismos de superación de la pérdida, con el funcionamiento patológico de estos (Horwitz y Wake-

field 2007). Expondré a continuación el análisis de Wakefield del trastorno mental para comprender mejor su crítica.

EL TRASTORNO MENTAL COMO DISFUNCIÓN PERJUDICIAL

Antes de comenzar, conviene resaltar un cambio importante en su terminología; y es que Wakefield abandona el término *enfermedad* (*disease, illness* y *sickness*) en todas sus dimensiones para sustituirlo por el de trastorno [*disorder*]. Según su parecer, el término *trastorno* es más amplio y cubre tanto las lesiones traumáticas, cuanto las dimensiones orgánica [*disease*] y subjetiva [*illness*] de la enfermedad. No obstante, Wakefield comparte con Kendell y Boorse una aproximación naturalista a la noción de función biológica, aunque con importantes diferencias que iremos viendo.

Mientras que para Boorse el concepto de enfermedad [*disease*] estaba libre de valores porque podía equipararse al concepto de disfunción, para Wakefield el concepto de trastorno [*disorder*] incluye ya valores, en tanto que es la suma de una disfunción y una valoración negativa de esta; por este motivo, bautizó su análisis sobre el concepto de trastorno como *análisis de la disfunción perjudicial*. Veámoslo más detalladamente:

disorder lies on the boundary between the given natural world and the constructed social world; a disorder exists when the failure of a person's internal mechanisms to perform their functions as designed by nature impinges harmfully on the person's well-being as defined by social values and meanings. (Wakefield 1992, 373).

Wakefield define su propuesta como híbrida en tanto que el término *disfunción* es un término científico, propio de la biología evolutiva,

mientras que el término *perjudicial* apunta a estándares socioculturales; de esta manera, el concepto de trastorno mental tendría una naturaleza híbrida. Cuando habla de mecanismos internos, estos han de entenderse de manera amplia, haciendo referencia tanto a estructuras físicas y órganos, como a estructuras y disposiciones mentales. En este sentido, puede hablar de mecanismos motivacionales, cognitivos, afectivos o perceptivos. Wakefield considera que es posible hablar de funciones mentales, requisito que ya Boorse definió para poder trazar su concepto de enfermedad mental, y ofrece una definición de función diferente a la de Boorse: mientras que este último puso el foco sobre la contribución que las funciones realizaban en la reproducción y supervivencia del individuo, Wakefield llevará a cabo un análisis de la función biológica en referencia a la historia evolutiva de los mecanismos mentales. Así, estaríamos en presencia de una disfunción mental cuando: “[s]ome mental conditions interfere with the ability of these mental mechanisms to perform the functions that they were designed to perform” (Wakefield 1992, 375).

Para definir con más detalle su noción de función biológica, Wakefield establece un paralelismo con la función de los artefactos creados por el ser humano: así como la función de un artefacto es importante porque a través de su conexión con el diseño y el propósito posee un gran valor explicativo, los mecanismos naturales pueden ser, parcialmente, explicados infiriendo sus efectos, de manera que las funciones naturales quedan definidas como aquellas cuyos efectos aparecen en tales explicaciones. Así, “a natural function of an organ or other mechanism is an effect of the organ or mechanism that enters into an explanation of the existence, structure, or activity of the organ or mechanism” (Wakefield 1992, 382). El marco que hoy en día mejor puede ofrecernos este tipo de explicaciones sobre la presencia y estructura de tales mecanismos es la teoría de la evolu-

ción: aquellos mecanismos que tuvieron un efecto positivo sobre el éxito reproductivo de los organismos pasados durante suficientes generaciones fueron seleccionados naturalmente, de manera que perduran en los organismos actuales.¹⁴ Habiendo abordado de una manera científica, objetiva, la noción de función, su contraria —la disfunción— se presenta también como un concepto científico. No obstante, una dificultad que aparece, como así lo reconoce Wakefield, es que llegar a tener conocimiento sobre cuáles son, de hecho, las funciones de los mecanismos mentales es una tarea de gran complejidad y, previsiblemente, sujeta a grandes controversias; sobre todo considerando la gran ignorancia que tenemos al respecto actualmente.

Wakefield dedica la mayor parte de sus esfuerzos argumentativos a esa primera parte de la definición del trastorno, la disfunción; no obstante, también hace algunas observaciones sobre la segunda condición: que una disfunción ha de ser perjudicial para ser auténticamente un trastorno. En este sentido señala que, dado que el entorno actual difiere tanto del entorno en que operaban las presiones selectivas, es posible que las afecciones que anteriormente podrían haber supuesto una desventaja o perjuicio hoy en día no supongan un problema. Es por ello que no es suficiente con la existencia de una disfunción para hablar de trastorno: este, además, ha de suponer un perjuicio, según es juzgado por los estándares culturales de la época. Podemos dar ahora una definición más completa de

¹⁴ El análisis de las funciones biológicas que Wakefield propone ya fue delineado con anterioridad, en los 80, por Karen Neander, quien defendió: “the etiological theory of proper functions, according to which, roughly speaking, biological proper functions are effects for which traits were selected by natural selection. According to this theory, for instance, hearts have the proper function of pumping blood, because pumping blood is what hearts did that caused them to be favored by natural selection” (Neander 1991).

los trastornos mentales como disfunciones perjudiciales:

A condition is a mental disorder if and only if (a) the condition causes some harm or deprivation of benefit to the person as judged by the standards of the person's culture (the value criterion), and (b) the condition results from the inability of some mental mechanism to perform its natural function, wherein a natural function is an effect that is part of the evolutionary explanation of the existence and structure of the mental mechanism (the explanatory criterion). (Wakefield 1992, 385).

Es importante apreciar el rol que juegan ambas partes de la definición, complementándose mutuamente: en primer lugar, restringir los trastornos a disfunciones en un sentido evolutivo evita que cualquier afección, comportamiento, respuesta emocional, etc. que juzguemos como negativa se convierta en un trastorno mental; lo cual es de gran importancia dadas las implicaciones prácticas que están asociadas a los trastornos mentales, como por ejemplo la necesidad de tratamiento. De esta manera, por ejemplo, podrían evitarse abusos como los ocurridos en el caso de la drapetomanía, la "*enfermedad que provoca que los negros huyan*": una supuesta enfermedad mental sufrida por esclavos que, *desafiando su naturaleza*, decidían huir y buscar la libertad (Cartwright 1851). Por otra parte, la condición de que la disfunción resulte perjudicial o nociva para el individuo también es importante porque evita que cualquier disfunción se convierta automáticamente en trastorno, de manera que, dicho brevemente, no nos veamos constreñidos por los hechos biológicos, sino que dejemos un espacio para los hechos sociales. Así, por ejemplo, si finalmente llegamos a conocer que la homosexualidad involucra la disfunción de algún mecanismo biológico, eso no la

convertiría necesariamente en un trastorno, pues aun habría que valorar el impacto sobre el individuo.

A pesar de que la mayoría de las críticas a la propuesta de Wakefield han sido dirigidas a la primera parte de su definición —como veremos a continuación—, lo cierto es que la segunda parte no está exenta de problemas. Volvamos a reflexionar sobre el caso de la homosexualidad: si llegase a determinarse que, efectivamente, involucra algún tipo de disfunción biológica, ¿cómo habría que aplicar el primer criterio? ¿Habríamos de definir el carácter perjudicial tan sólo observando los valores y preferencias sociales —aquello que, de hecho, es socialmente considerado como un perjuicio— o se abriría un espacio para llevar a cabo una reflexión sobre lo que ha de ser juzgado como perjudicial, independientemente de su consideración social actual? Es decir, es posible que, de hecho, la homosexualidad sea socialmente considerada como perjudicial porque, por ejemplo, se crea que impide el pleno desarrollo de valores que se suponen centrales en la vida humana, como el de la familia tradicional. En cambio, esta visión se puede confrontar argumentando sobre lo que constituye una vida o desarrollo pleno, lo cual no ha de pasar necesariamente por la formación tradicional de una familia. No olvidemos que, en última instancia, aquellos que revisan y elaboran los manuales diagnósticos son quienes han de decidir cómo aplicar este primer criterio: los expertos pueden reconocer que, de hecho, cierta afección es percibida socialmente como un perjuicio, o pueden llevar a cabo una reflexión ética para valorar si una afección supone o no perjuicio. En el primer caso, a pesar de que se está tratando con una valoración, la tarea no consistiría sino en reflejar un hecho social —en este sentido, sería una labor descriptiva—; en el segundo caso, se trataría de emitir un juicio de valor sobre la naturaleza perjudicial de la condición —se trataría, pues, de una labor normativa—.

En cuanto a la parte referente a la disfunción, Wakefield también enfrenta críticas importantes, algunas más fácilmente salvables que otras. La primera de ellas, tal como la recoge Kingma (2013), es la de los *trastornos seleccionados*, y apunta al hecho de que hay ciertos rasgos que fueron seleccionados antiguamente pero que hoy en día consideramos patológicos por los efectos negativos que tienen en nuestra sociedad. Ejemplo de ello serían los comportamientos antisociales, como las conductas marcadamente violentas. Wakefield acepta esta observación y replica —acertadamente, a mi juicio— que en realidad no es problemática ya que, en efecto, aunque hoy en día consideremos que eso podría ser un trastorno mental, es debido a que lo condenamos y a que estimamos que puede beneficiarse de atención médica.

Otro problema, tal vez de solución más compleja, es el de los *efectos no seleccionados*: “if a mental illness depends on psychological structures that have no evolved function, it cannot really be mental illness” (Murphy 2006, 82). Para ejemplificarlo, podemos pensar en el caso de la capacidad humana de leer: si esta capacidad fuera una función, los efectos de la lectura habrían de explicar por qué los seres humanos desarrollamos esta capacidad; pero sabemos que la lectura es un fenómeno muy reciente, de manera que no puede haber sido seleccionada como Wakefield pretende, sino que probablemente descansa en mecanismos que fueron seleccionados por otros efectos. La conclusión es que si la lectura no es una función, entonces la dislexia no puede ser un trastorno. Frente a ello tenemos, a mi juicio, al menos tres salidas: la primera, considerar el argumento de los *efectos no seleccionados* como un argumento fatal contra la teoría de Wakefield; la segunda, aceptar que la dislexia no es un trastorno, lo cual no implica necesariamente que no hayamos de tratarlo médicamente; la tercera —la vía por la cual opta Wakefield—, defender

que para hablar de disfunción es suficiente con que los mecanismos que posibilitan la capacidad de leer —que sí tienen una función— no estén funcionando correctamente, aunque esta capacidad no sea una función. La respuesta de Wakefield (1999) es que la dislexia es un trastorno porque —a pesar de que la lectura no existe como función seleccionada evolutivamente y, por tanto, la dislexia no puede consistir en una disfunción suya— sí que subyace una disfunción de algún mecanismo seleccionado para otros propósitos. La cuestión es que parece plausible que muchas de nuestras funciones mentales sean como la lectura, es decir, que hagan uso de mecanismos que fueron seleccionados para otros propósitos, y no es evidente en este escenario hasta qué punto podríamos dar explicaciones como la de la dislexia —si es que esta nos convence— para todos ellos, lo cual no deja de ser una cuestión por resolver.

Otras críticas se han dirigido hacia las dificultades prácticas que hoy en día encontramos a la hora de emplear el concepto de trastorno mental como disfunción perjudicial, a causa de los pocos conocimientos que tenemos sobre la función biológica en sentido evolutivo (Murphy 2006, 44). Si hubiéramos de llenar las páginas de los manuales psiquiátricos únicamente con aquellos trastornos que *sabemos* que involucran la disfunción de un mecanismo mental, ahorraríamos, sin duda, grandes cantidades de papel. Para evitar este problema, Wakefield rebaja las exigencias: de momento, aunque aún no tengamos el conocimiento científico, podemos conformarnos con la intuición para inferir que ciertos mecanismos fueron seleccionados evolutivamente:

We do not have to know the details of evolution or of internal mechanisms to know, for example, that typical cases of thought disorder, drug dependence, mood disorders, sexual dysfunction,

insomnia, anxiety disorders, learning disorders, and so on, are failures of some mechanisms to perform their designed functions; it is obvious from surface features. (Wakefield 1997, 256).

Otra posible solución —aunque indeseable para la mayoría— sería aceptar el revisionismo que parece implicar el análisis de la disfunción perjudicial y asumir que muchas de las categorías diagnósticas actuales tal vez no apunten en realidad a trastornos mentales. Esto no ha de significar, *per se*, que la psiquiatría no pueda encargarse de ellos: sencillamente, asumiríamos que no sabemos si estamos ante una disfunción o un funcionamiento normal que, dadas las enormes diferencias entre el entorno en que evolucionamos y el que vivimos, o dadas sencillamente nuestras preferencias y valores, nos genera un perjuicio. En este caso, habríamos de preguntarnos cómo merecen ser clasificadas tales afecciones y qué tipo de tratamiento merecen, si es que merecen alguno. Podría argumentarse que, a pesar de no ser o no saber si son trastornos mentales, la psiquiatría tiene competencias para tratarlos y aliviar el sufrimiento de quien los padece o, sencillamente, mejorar el funcionamiento normal humano. Según la opinión de algunos, este movimiento mostraría cuán irrelevante es el concepto de disfunción perjudicial, pues a efectos prácticos todo seguiría igual: continuaríamos tratando estas afecciones en tanto que implican perjuicios y riesgos, solo que ahora les habríamos puesto otro nombre (Bolton 2007). A mi juicio, en cambio, el hecho de ponerles otro nombre y subsumirlas en otra categoría sería un paso importante, pues mostraría claramente que meramente involucran factores sociales, así como preferencias y valores —esto es, que están fuertemente construidas pragmáticamente— lo cual tiene un importante impacto en su legitimidad, así como en la evaluación que hacemos de su necesidad de ser

tratadas médicamente, y especialmente con psicofármacos.

A pesar de que la concepción del trastorno de Wakefield tiene ventajas sobre la teoría bioestadística de Boorse —por ejemplo, no necesita apelar a una clase de referencia y de este modo esquiva los problemas que de ello se derivan— otras de las críticas que hemos visto anteriormente también aplican: es el caso del problema que supone trazar la línea divisoria entre la función y la disfunción. Wakefield asume esta dificultad y mantiene su postura: si, en efecto, el funcionamiento biológico se da en un continuo, no podremos trazar una nítida línea en él atendiendo únicamente a factores biológicos. No obstante, ello no implica que su concepto no sea útil, pues habrá casos claros que caerán en una parte no problemática del espectro, al tiempo que nos servirá para apreciar mejor las dificultades que surgen en la zona gris.

A pesar de todas las críticas que la propuesta del trastorno mental como disfunción perjudicial ha recibido, lo cierto es que actualmente es el análisis que goza de mayor aceptación en el terreno de la filosofía de la psiquiatría, entre otros motivos porque no se cuenta con una alternativa naturalista que resulte más satisfactoria.

En comparación con la teoría de Boorse, el análisis de Wakefield, desde mi punto de vista, recoge mejor la naturaleza de los trastornos, sean físicos o mentales. En realidad, no obstante, ambas posturas no se hallan tan lejanas en su espíritu, pero delinean el ámbito libre de construcción social de diferente manera: el concepto de función —y su contrario, el de disfunción— rastrea en ambos casos un hecho natural que puede ser descrito objetivamente. La discrepancia se halla en que Boorse equipararía el funcionamiento normal —según el diseño típico de la especie— con la salud, equiparando también la disfunción con la enfermedad [*disease*]. Esta distinción rastrea para él un hecho natural. Wakefield, en cambio, no equipara

disfunción con *disease* —o, más bien, con *trastorno*, que es el término que él elige—, sino que entiende que para que una disfunción sea un trastorno ha de ser también perjudicial. Nótese que Boorse también realiza este movimiento, pero no lo hace en el seno de la *disease*, sino de la *illness*, la cual incluye criterios normativos. Por así decirlo, la *dysfunction* y el *disorder* de Wakefield son, respectivamente, la *disease* y la *illness* de Boorse.

A mi juicio, el análisis de Wakefield recoge mejor el hecho de que la medicina, tanto en su teoría como en su práctica, lidia no sólo con fenómenos naturales, sino con fenómenos naturales sobre los cuales imponemos ciertos criterios sociales. Es cierto que aquí las diferencias entre el idioma español y el inglés se hacen patentes: la distinción que Boorse traza entre *disease* e *illness* no queda reflejada en nuestro concepto de enfermedad; en cambio, la distinción que Wakefield traza entre *dysfunction* y *disorder* sí que podemos aprehenderla fácilmente mediante los conceptos de disfunción y trastorno. La disfunción es un objeto natural, el trastorno es un objeto híbrido. La medicina no estudia ni trata disfunciones, sino trastornos; entre otros fenómenos no patológicos, por cierto.

¿EL ETERNO (FALSO) DEBATE?

Décadas hemos presenciado ya de debate sobre la definición de la enfermedad mental y la disputa aún dista de estar zanjada. ¿Es esta una cuestión agotada? ¿Es una vía infértil?

Autores prominentes, como por ejemplo Derek Bolton (2008; 2010; 2012), apuestan por el abandono de la disputa como una oposición entre lo natural y lo social, y resitúan el foco sobre una dimensión a menudo olvidada: la individual, la de la persona que sufre y acude a consulta en busca de ayuda médica. El argumento de mayor peso que empuja a Bolton a posicionarse de esta manera, esquivando

la perenne dicotomía, apunta a los recientes hallazgos científicos en materia genética y evolutiva, donde lo natural, social e individual se hallan ineludiblemente imbricados, haciendo imposible, a su juicio, aislar una norma natural. En una crítica dirigida expresamente al análisis de Wakefield, Bolton argumenta que, si bien en el diseño de sistemas como el cardiovascular la selección natural ha tenido un papel determinante, en el caso de los mecanismos mentales la selección natural no tiene un rol protagonista, sino compartido con los procesos de socialización y con las elecciones individuales:

In brief, according to current behavioural science in an evolutionary/genetic framework, three kinds of factors are implicated in the design of human behaviour: evolutionary/genetic, environmental, including the cultural, and individual, and these three kinds of factors interact in complex ways. To each kind of design there corresponds a type of norm: evolutionary/genetic, social and individual again with no clear divisions and interplay between them. (Bolton 2010, 44).

Bolton concluye que, dado tal estado de cosas, no es posible hablar de la desviación respecto de unas normas naturales o sociales, sino que en cada caso aparecen imbricadas las normas naturales, sociales e individuales. A pesar de esta crítica de Bolton, lo cierto es que Wakefield no es ajeno al hecho de que para comprender el funcionamiento de los mecanismos mentales es necesario situarlos en un contexto cultural e individual concreto. En *The loss of sadness* (2007), en colaboración con Allan Horwitz, se aborda el papel que las normas culturales juegan en el establecimiento del umbral entre la normalidad y el trastorno depresivo. Ambos autores aceptan que este umbral variará según la cultura, pero:

the reason is not that cultures directly or arbitrarily define normality and disorder. Rather, through socialization, cultures shape how normal sadness responses will occur in their members by setting the parameters of the loss response. That is, different thresholds for diagnosis of disorder exist in different cultures because different cultures induce different intensities and durations of response to specific triggers of sadness. In judging whether or not an individual is responding normally, such varying meanings must be taken into account. (Horwitz y Wakefield 2007, 46).

Sería papel de la cultura, pues, establecer qué eventos deben inducir qué respuestas de los mecanismos de superación de la pérdida — donde también, por cierto, mediará el significado personal, el cual a su vez se ve afectado por el significado social—, pero esto no equivale a decir que la normalidad quede definida por las normas sociales o individuales:

Cultural norms are part of the basis for inferring whether the best explanation for a response is in terms of design or dysfunction. Culture and biology are not two opposing explanations but complementary parts of one explanation; each requires the other for comprehensive and coherent explanations of depressive responses. (Horwitz y Wakefield 2007, 46).

Los significados sociales e individuales son necesarios para establecer qué evento cuenta como una pérdida y cuán grave es. Los mecanismos de superación de la pérdida se conforman en torno a estas definiciones. Ahora bien, el hecho de que funcionen correctamente —respondiendo adecuadamente a la pérdida según se define por

su significado cultural e individual— no es algo que se evalúe subjetivamente: es en este sentido que la norma no se establece social o individualmente, a pesar de que los significados culturales e individuales tienen un papel en la conformación del funcionamiento de los mecanismos mentales. Para caracterizar mejor esta diferencia, podemos volver a traer a colación la construcción social causal —esto es, la influencia causal que los factores sociales tienen sobre un objeto, creándolo o determinando en buena medida su manera de ser—. Bolton parece estar apuntando precisamente a la construcción social causal cuando asevera que los factores evolutivos/genéticos y los ambientales —culturales e individuales— interactúan entre ellos de forma compleja.

El punto esencial es que afirmar que existe un poder causal de los factores sociales en el funcionamiento de los mecanismos psicológicos no equivale a afirmar que la distinción entre su funcionamiento normal y anormal está pragmáticamente fuertemente construida socialmente, esto es, que su uso queda determinado totalmente por factores sociales. Los mecanismos psicológicos, a pesar de que se ven contruidos causalmente por factores individuales y sociales, no están contruidos por ellos, como podría estarlo, por ejemplo, un objeto cuya realidad se agotara en el ámbito social, digamos, el matrimonio. Dicho de otro modo: a pesar de que el objeto *mecanismo psicológico* se halla causalmente construido socialmente, la distinción entre su funcionamiento normal y anormal no se halla pragmáticamente fuertemente construida socialmente. Además, cuando determinamos su buen o mal funcionamiento no estamos emitiendo un juicio subjetivo. Profundizaré más en esta cuestión en el siguiente capítulo.

Como decía, a ojos de Bolton, esta imbricación tiene consecuencias de mayor calado que para Horwitz y Wakefield, pues a él le lleva a desechar una aproximación naturalista al concepto de enfer-

medad mental y a sentenciar el final del encarnizado debate que aquí hemos revisado:

The main implication is that insofar as this kind of criticism of naturalism as applied to mental disorder is correct, we have to move beyond the naturalism versus social construction/deconstruction debate, and consider other ways of understanding what mental disorder is. (Bolton 2012, 78).

En este punto, no puedo sino discrepar con Bolton. A mi juicio, el debate entre naturalismo y construccionismo social sigue siendo relevante hoy en día y es necesario seguir pensando la construcción social de la enfermedad mental —también física— para poder mejorar el concepto, así como comprender los límites del naturalismo para saber a dónde y de qué manera hemos de dirigir nuestros esfuerzos científicos. Abordaré esta cuestión en profundidad en el próximo capítulo. Por ahora, sigamos explorando la postura de Bolton.

Como decía, la propuesta de Bolton pasa por situar en primer plano el estrés y la discapacidad que van asociados a los trastornos mentales, conforme queda reconocido en manuales como el DSM-5 (American Psychiatric Association 2014, 20). La discusión acerca de si la realidad de la enfermedad mental es natural o social palidece, según afirma, cuando nos encontramos con la realidad clínica, cuando nos encontramos frente a una persona que pide ayuda médica: “the fundamental reality is that people find themselves in much distress, or with disability, and they consult a health care professional for help with this” (Bolton 2013, 614). Es en este estrés inmanejable y en la discapacidad que presenta quien acude a la clínica donde Bolton identifica lo definitorio del trastorno mental.

Un primer escollo salta a la vista, como el propio Bolton reconoce:

la psiquiatría no sólo trata a aquellos que acuden voluntariamente a consulta, sino que con frecuencia también trata a pacientes involuntarios —quienes, posiblemente, no estén experimentando subjetivamente tal estrés y discapacidad—. Dos grupos conforman los pacientes psiquiátricos involuntarios: uno, aquellos que representan una amenaza para los demás; dos, aquellos que representan un peligro para sí mismos. Según defiende Bolton (2008, 224-28), la psiquiatría sencillamente no debería tratar forzosamente a quienes suponen una amenaza para los demás, pues ello bien podría hacerla merecedora del estatus de herramienta de control social o de cierta *fuerza policial medicalizada*: esta intervención forzosa no es propiamente una práctica de salud mental porque no busca proteger el interés individual, sino el social, de modo que debiera ser comprendida dentro de las labores de mantenimiento del orden social propias del Estado. Por el contrario, una intervención forzosa sobre un individuo que supone una amenaza para sí mismo —por riesgo de autolesiones o suicidio— sí que formaría parte de las atribuciones de la psiquiatría, en tanto que en última instancia perseguiría el interés propio de la persona.

Este movimiento de Bolton resulta interesante, pues desplaza y evita el gran problema de justificar actuaciones en contra de la voluntad del individuo que no siempre es claro que favorezcan su interés propio, manteniendo a la vez la coherencia con la propuesta de situar a la persona en el centro de la práctica psiquiátrica. Mi sensibilidad hacia la cuestión del suicidio me lleva, no obstante, a cuestionar que, si el criterio para determinar qué prácticas son propias del campo de la salud remite al favorecimiento del interés propio del individuo, la intervención forzosa en el caso del suicidio sea *siempre* algo que efectivamente favorezca tal interés y, por tanto, una práctica psiquiátrica aceptable. Resumidamente: el suicidio no es siemp-

re síntoma de patología mental, sino que puede ser una respuesta proporcionada a un padecimiento mental insoportable y, por lo tanto, ser compatible con el interés propio del individuo.¹⁵

El otro reto que la propuesta de Bolton debe superar es el de hacer frente a un problema ineludible de la psiquiatría contemporánea: contener la expansión del diagnóstico psiquiátrico. Lo primero que aquí quiero señalar es que Bolton asume con valentía aquello que Szasz ya denunciaba: que no hay un conjunto de principios o una definición manifiesta de enfermedad que guíe la inclusión de ciertas condiciones en los manuales diagnósticos.

How did conditions find their way into the first editions of the DSM and ICD? Were they selected by a set of principles, by a conceptualization of disorder or disease? Not at all—no such thing was on offer, or needed. Rather, it was apparent that the books compiled conditions that people brought to the clinic and doctors treated. (Bolton 2013, 614).

¹⁵ No es este lugar para extenderme en la cuestión, pero la polémica sobre la (no) intervención y la asistencia al suicidio en el caso de personas diagnosticadas con un trastorno mental está en el candelero hoy en día por los desarrollos legislativos que se están acometiendo en nuestro país —con la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia— y por las legislaciones semejantes que vienen amparando el derecho a la muerte digna de aquellos que por un padecimiento mental, o físico, insoportable deciden poner fin a su vida. Tales legislaciones entienden que existen casos donde el paciente, a pesar de padecer un trastorno mental, tiene capacidad para decidir sobre su propia vida y derecho a solicitar asistencia médica para ponerle fin, pues ello no es contrario a su interés propio.

En el terreno filosófico, una de las contribuciones clásicas, y más encarnizadas defensas del suicidio —decididamente alejado de toda medicalización— es la que encontramos en el texto de Jean Améry ([1976] 2005), *Levantar la mano sobre uno mismo*.

Mientras que a Szasz esto le parecía una situación más que indeseable, a juicio de Bolton no había necesidad de guiarse por otros principios para la confección de los manuales. Así pues, ¿cómo se presenta la labor de contención diagnóstica que puede ofrecernos el análisis de Bolton de la enfermedad mental? Bolton sostiene que su aproximación a través del par estrés-discapacidad puede estar perfectamente a la altura de lo que requieren nuestros tiempos, con un pequeño añadido: exigir evidencia científica que muestre que los síntomas conforman síndromes y no son meros agregados en una lista. El concepto de enfermedad que nos propone, pues, no estaría enteramente constituido por factores sociales, sino que incluiría un hecho biológico, la agrupación en un síndrome de los diferentes síntomas mentales —lo que no podría incluir, en cualquier caso, es un hecho biológico que determinara que tal síndrome es patológico—. Expresado de otro modo: la naturaleza puede proveernos de diferencias para que distingamos unas enfermedades de otras, pero no existe en ella una diferencia que captar para distinguir lo normal de lo patológico: su distinción sólo puede trazarse a través de factores sociales.

Esencialmente, la manera de proceder que propone Bolton no dista demasiado de lo que ya viene haciéndose en la redacción de las últimas ediciones del DSM: no vamos a encontrar un criterio universal por el que guiarnos en la inclusión de condiciones en manuales diagnósticos. Tampoco en la práctica clínica, pues el umbral de lo que resulta inmanejable e incapacitante viene fijado también por factores individuales y sociales. ¿Es esta una respuesta satisfactoria? La valoración que de ella hagamos dependerá, en parte, de cuán grave nos parezca la situación de sobrediagnóstico y de crecimiento del consumo de psicofármacos. Es posible que, aun sin apostar por criterios naturalistas, consideremos oportuna la introducción de estándares más estrictos para el diagnóstico y clasificación de condiciones

mentales. Por ejemplo, una posibilidad —de hecho contemplada en el DSM, aunque apenas desarrollada— es la de introducir un criterio basado en las expectativas, de modo que no puedan considerarse enfermedades mentales aquellas condiciones que sean respuestas esperables y culturalmente sancionadas hacia un evento particular, como por ejemplo el duelo asociado a la muerte por un ser querido. Ahora bien, aunque al parecer de Bolton este criterio puede tener alguna utilidad —si bien es laxo y mucho habría que decir sobre cómo definir *expectable*— hay afecciones que, a su juicio, son esperables y no por ello dejan de precisar tratamiento médico: precisamente el duelo puede ser una de estas condiciones. Consideremos el siguiente pasaje, donde Bolton reflexiona sobre la controversia respecto a la distinción entre un episodio depresivo y el duelo por la pérdida de un ser querido:

bereavement may lead to or involve intolerable distress and impairment with day-to-day essential functioning (such as inability to work as the family's only breadwinner, or inability to maintain basic child care)—and, in such cases, a sick note to work and treatment would be indicated, along with the diagnosis that warrants such actions. From this perspective, severity of distress and impairment and costs to the person are critical, not normality or expectability. (Bolton 2013, 615).

Aquí vemos cómo entra en juego otro aspecto importante de la enfermedad mental, que también he ido señalando a lo largo de esta exposición: que entre nuestras consideraciones acerca de qué condiciones son enfermedades mentales se hallan también las de qué condiciones mentales son merecedoras de beneficios sociales —como por ejemplo una baja laboral o una pensión por discapacidad— o de

cobertura sanitaria. Para comprender este aspecto no sólo hay que volver la vista hacia disquisiciones teóricas acerca del rol del enfermo, sino también hacia algo mucho más mundano: el hecho de que para tener cobertura sanitaria, pública o privada, por un problema que afecte a la salud mental, es imprescindible contar con un diagnóstico médico —máxime en EE.UU., cuna del cuasisagrado DSM—. A mi juicio, si bien puedo comprender la motivación práctica —en muchos casos bienintencionada, sin duda— de emplear el diagnóstico psiquiátrico como medio para conseguir beneficios sociales o médicos para un paciente que creemos los necesita, no estimo que esta sea una práctica cuya perpetuación sea deseable, pues nos sitúa en un horizonte de innecesaria patologización de la vida cotidiana, medicalizando problemas de índole social o personal. El mismo efecto podría lograrse si asumiéramos que hay condiciones más allá de los trastornos mentales que merecen tratamiento médico y beneficios sociales.

Por último, para concluir mis reflexiones en torno a la postura de Bolton: por mucho que él mismo se esfuerce en superar la controversia entre naturalismo y construccionismo social, —y por mucho que personalmente esté de acuerdo en traer al frente la experiencia subjetiva—, me resulta difícil no releer su planteamiento en términos construccionistas sociales. En última instancia, la enfermedad mental queda definida por la propia práctica psiquiátrica, basada, eso sí, en el reconocimiento social del padecimiento individual. Las enfermedades mentales, por tanto, serían aquellos síndromes que los pacientes traen a la clínica y que socialmente consideramos merecedores de tratamiento médico, particularmente porque tratarlos médicamente reporta a los individuos mayor beneficio que perjuicio. Podría entenderse, pues, que más que la superación del debate, lo que aquí constatamos es la apuesta de Bolton por la imposibilidad de

hallar factores naturales que sean determinantes para dirimir qué es un trastorno mental. Ante esta imposibilidad, Bolton apoya la clasificación de los trastornos mentales en función del estrés y la discapacidad que generan, siempre que conformen también un síndrome; lo cual sería razón suficiente para justificar la necesidad de su tratamiento médico.

Podría entenderse que la propuesta de Bolton presenta menores exigencias de justificación de la práctica psiquiátrica al expulsar de su seno el tratamiento forzoso de pacientes que suponen una amenaza para los demás, interviniendo únicamente en beneficio del paciente. Ahora bien, a mi parecer, aunque este fuera el caso, la práctica psiquiátrica ordinaria ejerce un poder que va mucho más allá del tratamiento de la enfermedad en pacientes voluntarios —y del favorecimiento en todo caso del interés propio de todo paciente—. Al poner en juego sus explicaciones y diagnósticos, la psiquiatría afecta a la imagen que el individuo y la sociedad tienen de sí mismos y de sus padecimientos. La psiquiatría puede (re)encuadrar problemas y (re)definir los términos en que estos se comprenden. Un ejemplo de ello sería el caso de las graves afecciones mentales que sufren quienes vuelven del frente de batalla, antes comprendidas como debilidades de carácter y ahora desestigmatizadas bajo la forma de estrés postraumático (Loriga 2018). Otro ejemplo, instalado en nuestra cotidianidad, es el del diagnóstico de depresión y las explicaciones de su etiología; la famosa hipótesis monoaminérgica que concibe la depresión, *grosso modo*, como efecto de un déficit de norpinefrina y/o serotonina, y que ha moldeado fuertemente nuestra autoconcepción, desplazándola hacia el biologicismo, conforme lo evidencia Peter Kramer en *Listening to Prozac* (1993). Así mismo, los tratamientos psiquiátricos farmacológicos también tienen un gran poder —bien evidenciado en el caso de los ISRS— de afectar profun-

damente la personalidad de quien se somete voluntariamente a terapia; al tiempo que también pueden asentar o perpetuar contextos adversos sociales —injustos, desiguales—, al hacernos más resistentes al estrés que, justificadamente, nos generan (Berghmans et al. 2011). Por último, autores como Ian Hacking también han desvelado otra consecuencia de las clasificaciones psiquiátricas: traer a la realidad social nuevas clases humanas, esto es, nuevos tipos de persona. “Making up people changes the space of possibilities for personhood” (Hacking 2002, 107). Según Hacking, aquello que los individuos hacen y son depende de las descripciones que tenemos disponibles, de modo que las nuevas clasificaciones de las ciencias sociales, también de la psiquiatría, al abrir nuevas descripciones, posibilitan nuevos tipos de acción y nuevos tipos de persona. Todo ello, además, involucra cuestiones axiológicas, pues es lo propio de las clasificaciones humanas, en tanto que el concepto de normalidad —rastree o no un hecho biológico— suele llevar aparejado también el de deseabilidad.

Mencionar todos estos aspectos donde la psiquiatría ejerce de hecho un gran poder es importante para no caer en una visión limitada que sólo contemple la ayuda que brinda a quienes acuden a consulta. Aunque, ciertamente, en ello consiste su labor, el desarrollo de su actividad tiene enormes consecuencias sociales que debemos considerar, también, cuando busquemos legitimación de la práctica psiquiátrica. Aunque estoy de acuerdo con Bolton en que la perspectiva individual de aquel que sufre y busca alivio en la psiquiatría debe quedar recogida en nuestro concepto de enfermedad mental, no puedo obviar el hecho de que los manuales psiquiátricos no sólo se han redactado con esta perspectiva en mente, sino también influenciados por la industria farmacéutica, como podría hacernos sospechar el hecho de que el 69% de los miembros del grupo de trabajo del DSM-5

tengan lazos económicos con tal industria (Cosgrove y Krimsky 2012), o que el 100% de los miembros de los grupos de trabajo de los trastornos del estado de ánimo y de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos del DSM-IV tuvieran igualmente tales lazos económicos (Cosgrove et al. 2006). Por lo tanto, si bien es cierto que en ocasiones son los pacientes quienes empujan en la dirección del reconocimiento médico de su padecimiento mental —fundamentalmente porque ello les posibilita el acceso a beneficios sociales— una presión seguramente más frecuente es la ejercida por aquellos que tienen intereses económicos en el reconocimiento de una nueva patología, en la expansión de las indicaciones terapéuticas de cierto fármaco —véase, por ejemplo (Lane 2007)—, o incluso en el desarrollo de las escalas de evaluación psiquiátrica, piezas clave para los ensayos farmacológicos —como Germán Berrios (2011a, 294-95) muestra respecto de la escala Hamilton para el tratamiento de la depresión—.

3. ENTRE LO NATURAL Y LO CONSTRUIDO SOCIALMENTE

En este capítulo trataré de arrojar luz a la pregunta por la realidad de la enfermedad mental, apoyándome en todo lo expuesto en el debate que he examinado anteriormente. En primer lugar, comenzaré reflexionando sobre ese aspecto que ya he identificado como crucial en el concepto de enfermedad mental: la creencia de que esta involucra algún tipo de desviación respecto de cierta normalidad ya dada. En segundo lugar, trataré de dirimir de qué manera este aspecto del concepto de enfermedad mental es fiel a la realidad, introduciendo para ello nuevas herramientas conceptuales.

TRATAMIENTO, NORMALIDAD BIOLÓGICA Y NORMAS SOCIALES

La primera cuestión que me gustaría destacar es que existe una presuposición que ha estado latente bajo buena parte del debate que hemos visto en el anterior capítulo: que si el enfermo mental únicamente se ha desviado de normas sociales, entonces su tratamiento —especialmente el forzoso— es difícilmente justificable. Szasz puso decididamente esta cuestión en juego al afirmar que la psiquiatría era una herramienta de control político para contener el comportamiento que tachaba como desviado, indeseable, contrario a la moral, etc. Si el enfermo es tan sólo un desviado social, el tratamiento médico no puede jamás ir en su beneficio, sino que el beneficiario siempre será la sociedad. Si el enfermo, en cambio, se aleja de las normas según las dicta la naturaleza, entonces su tratamiento parece entrañar menos problemas, como ocurre en el caso de la medicina física —la cual comprende también, no lo olvidemos, las enfermedades neurológicas que dan lugar a síntomas mentales—.

En este punto estamos a un paso, si es que no lo hemos hecho ya, de caer en una falacia naturalista: descrito el funcionamiento natural, prescrito entonces el funcionamiento bueno. Este aspecto ya lo observó Boorse al afirmar que, independientemente de nuestra descripción del funcionamiento normal biológico, hemos de emprender también la tarea de preguntarnos qué de deseable tiene tal funcionamiento: y es que es posible, máxime en el terreno de la enfermedad mental, que concluyamos que no hay nada de deseable en tal normalidad y que, incluso, lo deseable es apartarse de ella.

Esta observación podría llevarnos a preguntarnos, pues, cuál es la relevancia que tiene entonces determinar si un organismo se ha desviado de la normalidad biológica o no, pues, a fin de cuentas, es posible que lo haya hecho y que ello no implique que debamos intervenir médicamente sobre él; al igual que es posible lo contrario, a saber, que determinemos que no hay nada patológico en él, pero que merece tratamiento médico porque su condición, física o mental, le reporta un gran sufrimiento o una desventaja social.

A mi parecer, ambas cosas son ciertas: ni todo alejamiento de la normalidad biológica —si es que podemos determinar tal cosa, sobre lo cual reflexionaré más adelante— merece atención o tratamiento médico, ni sólo merecen atención o tratamiento médico las desviaciones respecto de la normalidad biológica. Aun así, determinar si hay algún hecho biológico relevante que nuestras clasificaciones médicas recogen cuando trazan la distinción entre lo normal y lo patológico me sigue pareciendo una tarea valiosa y necesaria, relevante no sólo a nivel médico, sino también a nivel ético.

Mi visión es tal que el concepto de enfermedad mental va ligado a la creencia o percepción social de que el enfermo se ha desviado no sólo de las normas sociales, sino también de las naturales. No me esforzaré aquí demasiado en argumentar esta tesis, pues me parece

una cuestión que resulta completamente obvia cuando se observa el más de siglo dedicado precisamente a determinar si, en efecto, tal creencia se adecua o no de alguna manera a la realidad. Según lo formula Wakefield, un diagnóstico psiquiátrico implica que *there's something wrong with you*; esta misma idea queda recogida, menos coloquialmente, en la definición de *trastorno mental* de la Organización Mundial de la Salud que cité al inicio de este trabajo: “Social deviance or conflict alone, without personal dysfunction, should not be included in mental disorder as defined here” (World Health Organization 2019).

En conexión con ello, además, el diagnóstico psiquiátrico se presenta como una *llamada a la acción* (Spitzer, Endicott, y Micoulaud Franchi 2018), para el individuo y para la sociedad: a nivel individual, involucra la percepción de que es necesario iniciar tratamiento —en la actualidad, usualmente en forma de farmacoterapia—; a nivel social, acarrea la obligación moral de proveer cobertura sanitaria. El diagnóstico psiquiátrico presenta también otras peculiaridades, pues se enfrenta a interrogantes sobre cómo debemos sentirnos, qué debemos creer y, en última instancia, cómo hemos de vivir. Todos estos motivos me parecen ya lo suficientemente importantes como para intentar esclarecer en profundidad qué son las enfermedades mentales, en qué medida podemos hablar de una normalidad biológica y qué conexión debe tener con el tratamiento médico. Si, además, contextualizamos todos estos aspectos en la situación de expansión diagnóstica que hemos presenciado en las últimas décadas, por mucho que algunos piensen que el debate está superado, a mi juicio, sigue teniendo más vigencia que nunca.

Para caracterizar la gravedad de la situación, fijémonos, por ejemplo, en las cifras asociadas a dos trastornos que han sido, y siguen siendo, blancos de la sospecha: el Trastorno de Depresión

Mayor y el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH).

En el caso de la depresión, mientras que décadas atrás se creía que afectaría alguna vez en sus vidas al 2-3% de la población occidental, las cifras actuales rozan el 20% (Wakefield y Horwitz 2016, 177). Este incremento en los diagnósticos se ha visto acompañado por un pronunciado incremento en el uso de fármacos antidepresivos. En Europa, las cifras se han doblado en aproximadamente una década, siguiendo una progresión al alza desde los 80, y resultando en el hecho de que el 10% de los adultos de edad mediana está en tratamiento con antidepresivos (Wakefield y Horwitz 2016, 180). En los Estados Unidos de América, desde mediados de la década de los 90, hasta mediados de la primera década de los 2000, el consumo se vio incrementado en un 400% (Pratt, Brody, y Gu 2011); estimándose en la actualidad que aproximadamente un 11% de su población adulta consume fármacos antidepresivos (C. B. Martin et al. 2019).

En el caso del TDAH, las tasas de prevalencia dependen fuertemente de los criterios diagnósticos empleados, así como de la edad y el sexo, estimándose que se sitúan globalmente por encima del 5% de la población infantil (Polanczyk et al. 2007). En cuanto al consumo de fármacos estimulantes para su tratamiento, en 2010 las cifras se situaban para menores de entre 3 y 18 años en torno al 7% en los Estados Unidos de América y al 2% de media en Europa, habiendo seguido una progresión al alza en todos los países en los últimos años (Raman et al. 2018). Por ejemplo, entre 2005 y 2012, en Holanda el uso de medicación se ha incrementado desde el 1.8% hasta el 3.9% de la población infantil, y desde el 0.4% al 1.5% en Alemania. Si restringimos la franja de edad a los 10-14 años, observaremos que las cifras máximas se dan en Holanda y EE.UU., con un 7% y 8.8% de los adolescentes medicados, respectivamente (Bachmann et al. 2017).

Estas cifras tan elevadas resultan problemáticas por diversos motivos, entre ellos, por los efectos secundarios que puede presentar la medicación. Este es el caso del metilfenidato, un fármaco ampliamente usado para el tratamiento del TDAH en menores —también en adultos—, el cual —según la propia DEA estadounidense— “has a high potential for abuse and produces many of the same effects as cocaine or the amphetamines” y está también asociado a “binge use, psychotic episodes, cardiovascular complications, and severe psychological addiction” (United States Drug Enforcement Administration s. f.).

¿Qué es lo que está legitimando el uso de un fármaco como el metilfenidato, especialmente en menores? El contexto terapéutico. ¿Cómo se entiende aquí este contexto terapéutico? En relación con el tratamiento de la enfermedad o trastorno mental. Esta cuestión se ve máximamente reflejada en la legislación que regula la distribución y uso de sustancias narcóticas y psicotrópicas: uno de los motivos clave¹⁶ para incluir el metilfenidato como una sustancia *controlada* en lugar de *prohibida*,¹⁷ en las listas que regulan las sustancias psicoactivas, es el hecho de que tenga una utilidad terapéutica reconocida,

¹⁶ Un par de apuntes: sobre los motivos que han llevado a clasificar algunas sustancias que muestran un elevado potencial de adicción o que pueden tener efectos secundarios graves, en la estadounidense Controlled Substances Act (1970) se afirma que “many of the drugs included [...] have a useful and legitimate medical purpose and are necessary to maintain the health and general welfare”; mientras que en la Convention on Psychotropic Substances (1971) —tratado al cual actualmente se adhieren 183 países— se declara que “the use of psychotropic substances for medical and scientific purposes is indispensable”.

¹⁷ Más rigurosamente, cabe señalar que no hay ninguna sustancia *prohibida*, aunque sí restringida fuertemente incluso para su estudio científico. Resulta extremadamente complejo llevar a cabo estudios científicos con las sustancias incluidas en la Lista I, como por ejemplo el LSD.

en este caso, el tratamiento del TDAH.¹⁸ Mi punto es el siguiente: si no concibiéramos que el metilfenidato se emplea para tratar un trastorno mental, y que este involucra algún tipo de *disfunción personal* —como lo define la OMS— resultaría más difícil legitimar su uso, especialmente en menores, dados sus riesgos y efectos secundarios. Mi intención es aquí la de establecer la conexión existente actualmente entre la legitimidad del consumo de psicofármacos y la creencia de que las enfermedades o trastornos mentales involucran algún tipo de alejamiento de la normalidad biológica por parte del paciente.¹⁹ Esta conexión se ve también reflejada en cómo la industria farmacéutica ha presentado al gran público la enfermedad mental: en forma de desequilibrio bioquímico que es preciso corregir —concepción que exploraremos en la segunda parte de este trabajo—; e incluso, creo, se puede apreciar en la disposición que muestra la sociedad al posicionarse mayoritariamente de forma favorable frente a la legalización de sustancias como el cannabis para tratar la enfermedad —o los padecimientos de ella derivados— pero no para su uso recreativo (Sznitman y Bretteville-Jensen 2015).

Hay algo en la enfermedad mental que hace que su tratamiento sea legítimo y, también, necesario; y, a mi juicio, aquí subyace, entre otros aspectos, la percepción social de que involucra normas naturales y no meramente sociales. Clasificar cierta condición como una enfermedad mental refuerza la percepción social de que quien la padece se ha desviado de alguna manera de cierta normalidad bioló-

¹⁸ Una precisión: en los 70, cuando la legislación a la que hago referencia entró en vigor, no existía el TDAH como lo definimos hoy en día, sino la *reacción hiperkinética de la infancia* (Taylor 2011); no obstante, el metilfenidato estaba indicado igualmente para su tratamiento.

¹⁹ Clarifico este punto porque puede llevar a malinterpretar mi posición respecto al consumo de fármacos de psicoactivos: personalmente, considero que *todas* las sustancias psicoactivas deberían ser despenalizadas, pero ese es otro tema.

gica; y, en efecto, eso no sólo nos inclina a tratarla médicamente, sino también a localizar *dentro* del individuo las causas de su padecimiento, en lugar de dirigir nuestra mirada hacia el ámbito social.

EN BUSCA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES REALES

¿En qué escenario nos encontraríamos si determináramos que, en efecto, la enfermedad mental no involucra ninguna normalidad biológica, sino tan sólo normas sociales? ¿Sería el fin de la práctica psiquiátrica? ¿Supondría, por el contrario, una expansión aún mayor del diagnóstico psiquiátrico, al no verse constreñido por lo biológico? Recordemos, por ejemplo, que Wakefield creía necesaria la presencia de un criterio natural en la definición del trastorno mental precisamente para poder poner freno a la expansión diagnóstica; y es que, a menudo, desde las filas del naturalismo —y de las posiciones híbridas, las cuales también introducen un criterio natural— se asume que un concepto de enfermedad puramente basado en factores sociales, en lugar de ser *liberador*, se torna en nuestra contra y nos condena a los abusos de la psiquiatría: si todo lo que rastrea el concepto de enfermedad mental son factores sociales —relaciones de poder, intereses, preferencias, valores...—, quedamos desprovistos de asideros donde amarrarnos para resistir los embates de las corrientes de patologización de la vida cotidiana. ¿Cómo oponer resistencia si *nos conformamos* con definir las enfermedades mentales meramente como aquello que socialmente tratamos como tal?

The fact is that any definition of disease which boils down to 'what people complain of', or 'what doctors treat', or some combination of the two, is almost worse than no definition at all. It is free to expand or contract with changes in social attitudes and therapeutic optimism and is at the mercy of idiosyncratic deci-

sions by doctors or patients. (Kendell 1975, 308).

Rápidamente, surge la tentación de formular un nuevo interrogante, más elevado —o más profundo, según se mire—: ¿qué condiciones son *realmente* enfermedades mentales? Este interrogante aparece con una frecuencia sorprendente no sólo en la literatura psiquiátrica, sino también en la divulgativa, en la prensa y en millones de consultas de internautas que acuden a su buscador de cabecera esperando despejar incógnitas tales como: ¿es el TDAH un trastorno mental *real*? ¿es la depresión *realmente* una enfermedad?

—Si son condiciones que provocan una desventaja biológica al estar asociadas a una reducción de la fertilidad y la esperanza de vida, son realmente enfermedades mentales —respondería Kendell.

—Si se trata de estados internos que reducen alguna capacidad funcional por debajo de la eficiencia típica según la clase de referencia, son realmente enfermedades mentales —afirmaría Boorse.

—Si existe un mecanismo mental que no está funcionando correctamente, según su diseño evolutivo, y ello causa un perjuicio, son realmente enfermedades mentales —aseveraría Wakefield.

Las respuestas que se ofrecen desde el naturalismo o las posiciones híbridas parecen reconfortantes, pues explicitan criterios para distinguir las enfermedades mentales de otras condiciones —y para saber, por tanto, qué condiciones debemos diagnosticar y tratar—. Además, resultan también reconfortantes porque sitúan en un primer plano y abordan ese aspecto que ya he caracterizado como central en la enfermedad mental, a saber, la creencia de que el individuo se ha desviado de alguna normalidad allende lo social. Detrás de la pregunta de si cierta condición es, en realidad, una enfermedad mental, se halla también el intento de dirimir si existe alguna cosa a nivel individual que no funciona correctamente —en lugar de una debili-

dad de carácter, una respuesta normal frente a un contexto adverso, un invento de las farmacéuticas, etc.—.

Ahora bien, a mi parecer, en su crítica al construccionismo social, el naturalismo puede caer en una primera trampa —en forma de presupuesto metafísico—: y es que suele asumirse que un constructo social es, de alguna manera, irreal. En descargo del naturalista señalaré, no obstante, que este presupuesto también ha sido compartido en buena medida por los construccionistas sociales. Ahora bien, sólo cuando equiparamos lo real con lo natural, lo biológico, lo ya dado, podemos estimar que un análisis construccionista social nos imposibilita el descubrimiento de las enfermedades mentales *reales*: des-enmascarar la naturaleza construida de la enfermedad mental no implica necesariamente negar su realidad, sino más bien afirmar que no es lo que creíamos, es decir, que no es un objeto ya dado en la naturaleza. Los constructos sociales no son irreales; en caso contrario, dejaré de pagar mi hipoteca.

Una segunda trampa se esconde, además, en la presuposición de que los factores naturales son los únicos elementos con que contamos para frenar la expansión diagnóstica. Frente a todo esto, el construccionista tiene una salida relativamente fácil: deshacer la pregunta en términos naturales por la realidad de la enfermedad mental y formular la cuestión en términos pragmáticos; esto es, abandonar el interrogante, por ejemplo, de si *es la depresión realmente una enfermedad* y abrir el debate acerca de si *es la depresión una condición que merezca tratamiento médico y se vea beneficiada por él*. Si resolvemos que este es el caso, entonces la depresión será, en un sentido fuerte, una enfermedad mental.

¿De qué manera podemos evitar estos dos peligros que parecen acechar a los análisis construccionistas sociales? Para dirimir este punto, introduciré nuevas herramientas conceptuales, apoyándome

de nuevo en el trabajo que Sally Haslanger (2012, 389) ha desarrollado para estudiar los conceptos de género y raza, y que también ahora resultarán útiles para abordar el concepto de enfermedad mental. Así pues, cuando analizamos este concepto, habríamos de distinguir entre:

Manifest concept: the concept I take myself to be applying or attempting to apply in the cases in question.

Operative concept: the concept that best captures the distinction as I draw it in practice.

Target concept: the concept I should, ideally, be employing.

El concepto *manifiesto* de enfermedad mental sería el que “yo” o “nosotros”²⁰ creemos estar aplicando; el *operativo*, el que de hecho, en la práctica, está operando; y el concepto *meta*, el que deberíamos aplicar porque sirve bien a cierto propósito que valoramos positivamente, por ejemplo como bueno o justo.

A mi parecer, a partir de estas distinciones conceptuales se puede arrojar nueva luz al debate sobre la definición de la enfermedad mental. En primer lugar, como he señalado, el debate mismo hace patente que forma parte del concepto manifiesto de la enfermedad que esta involucra algún tipo de *disfunción personal*, como lo caracterizaba la OMS, o ese *something wrong with you*, en la formulación de Wakefield. Según lo interpreto, tanto los análisis naturalistas o híbridos, como los construccionistas sociales toman este aspecto como punto de partida y emprenden la tarea de analizar el concepto operativo, esto es, de desvelar los criterios que de hecho estamos

²⁰ Otro problema se abriría aquí a la hora de identificar quién es ese “nosotros”, pues es posible que, por ejemplo, los pacientes mentales y los expertos en salud mental difieran en el concepto que consideran que están aplicando.

empleando para identificar la enfermedad mental, a fin de dirimir si el concepto manifiesto y operativo concuerdan. Es en este punto donde unos y otros difieren: mientras que los naturalistas o hibridistas identifican criterios naturales para rastrear la normalidad de la que el enfermo mental parece haberse desviado y, así, defienden que nuestro concepto manifiesto concuerda esencialmente con el operativo; los construccionistas muestran la divergencia entre los conceptos manifiesto y operativo: a pesar de que creemos estar rastreando una diferencia natural cuando distinguimos entre la enfermedad y la normalidad, los criterios que de hecho operan no son de corte natural, sino social.

Introduciré aún algunas distinciones más para seguir profundizando en esta cuestión:

Conceptual analyses elucidate “our” (manifest) concept of *F*-ness by exploring what “we” take *F*-ness to be.

Conceptual genealogy: elucidate the variety of understandings and uses of *F*-ness over time and across individuals differently positioned with respect to practice that employ the notion.

Descriptive analyses elucidate the empirical kinds (the operative concept) into which “our” paradigm cases of *F*-ness fall.

Descriptive naturalism: elucidate, where possible, the *natural* (chemical, biological, neurological) kinds that capture “our” paradigm cases of *F*-ness.

Descriptive genealogy: elucidate the *social matrix* (history, practices, power relations) within which “we” discriminate between things that are *F* and those that aren’t.

Ameliorative analyses elucidate “our” legitimate purposes and

what concept of *F*-ness (if any) would serve them best (the target concept). Normative input is needed. (Haslanger 2012, 376).

Vayamos por partes y apliquemos este esquema a los análisis sobre la enfermedad mental. Comencemos por el análisis conceptual. Llevamos a cabo un análisis conceptual al examinar “nuestro” concepto de enfermedad mental y pretender dilucidar qué entendemos por ello. Si, además, analizamos los diferentes usos y entendimientos del concepto según varían en diferentes individuos (o comunidades) y en diferentes épocas, entonces estaremos realizando una genealogía conceptual. Este es el tipo de análisis que se lleva a cabo cuando, por ejemplo, evidenciamos que para Szasz los enfermos mentales son aquellos que presentan comportamientos considerados desviados socialmente, y lo comparamos con el concepto que emplea Kendell, para quien los enfermos mentales son quienes padecen una condición biológica que los sitúa en una posición de desventaja en tanto que su fertilidad y supervivencia se ven reducidas. También podemos trazar las mutaciones que ha ido presentando el concepto de enfermedad mental a lo largo de la historia. Nótese que este tipo de análisis no necesariamente presentan el concepto de enfermedad mental como constituido por factores sociales, sino que pretenden dar cuenta de sus variaciones entre individuos o comunidades y a lo largo de la historia: por ejemplo, podríamos desvelar la genealogía del concepto *átomo* y no por ello habríamos de concluir que este está constituido por factores sociales; aunque lo contrario también podría ser el caso y, en efecto, los análisis genealógicos en el terreno de la enfermedad mental sí que han tenido por objeto desvelar la enfermedad como un constructo social constituido por el discurso y las prácticas médicas.

Otro tipo de análisis son los descriptivos. Estos análisis no se diri-

gen al concepto manifiesto —el que creemos emplear— sino al operativo —a los criterios que, de hecho, están operando—. Aquí la cuestión se pone más interesante. Aplicados a nuestro objeto, los análisis descriptivos pretenderían dar cuenta de las *clases empíricas* en las que caen nuestros casos paradigmáticos de enfermedad mental. Haslanger distingue entre naturalismo descriptivo y genealogía descriptiva. El naturalismo descriptivo pretendería dilucidar las *clases naturales*²¹ que capturan nuestros casos paradigmáticos de enfermedad mental. Por el contrario, la genealogía descriptiva pretendería dilucidar la matriz social en que nosotros discriminamos entre las condiciones que son enfermedades mentales y las que no lo son.

El primer punto que me interesa subrayar aquí es el siguiente: es posible dilucidar la genealogía conceptual de la enfermedad mental sin por ello claudicar ante el proyecto naturalista descriptivo. Como he repetido anteriormente en la exposición del debate, dilucidar el contexto social en que distinguimos entre la enfermedad mental y la normalidad no necesariamente equivale a desvelar la enfermedad mental como un objeto constitutivamente social: sólo si determinamos que los criterios que operan en su definición remiten únicamente a factores sociales, concluiremos que no es posible realizar una

²¹ Esta cursiva, que así aparece también el original de Haslanger que cito, es importante. Según interpreto, a la luz de otros de sus escritos, que el término *natural* aparezca en cursiva responde al hecho de que ella concedería que las clases sociales también son clases naturales, en tanto que resultan explicativas y predictivas, y agrupan a sus individuos según diferencias reales (aunque estas diferencias no estén, por así decirlo, *ya dadas* en la naturaleza, sino que dependen de nosotros): “Natural kinds are just those kinds that play a role in good explanations. If we go this route, it might be odd to use the term ‘natural’ in ‘natural kinds,’ since kinds may be psychological, social, or artifactual. So possibly we should switch to the term ‘explanatory kinds.’ This would allow us to avoid taking any random collection of things, or any disjunctive (gruesome) property, to constitute a kind, while also being properly inclusive” (Haslanger 2015, 130).

descripción naturalista.²²

Esto me lleva al segundo punto: ¿podría darse el caso de que tengamos, por ejemplo, un interés económico en clasificar a quienes padecen una enfermedad mental y que, sin embargo, consiguiéramos con la nosología psiquiátrica rastrear clases naturales? Abordaré en profundidad la concepción de las enfermedades mentales como clases naturales en el siguiente capítulo, pero aquí realizaré algunas observaciones. En primer lugar, repito, a pesar de que la distinción entre la enfermedad mental y la normalidad se dé siempre en una matriz social —dependiente de intereses, tecnologías disponibles, etc.— la construcción social pragmática de esta distinción no siempre es necesariamente fuerte: puede haber algo más allá de la matriz, que no remita a factores sociales. En segundo lugar: ¿qué queremos decir cuando nos preguntamos si las enfermedades mentales son clases naturales? A mi parecer, resulta esclarecedor aquí comprender las enfermedades mentales como condiciones mentales (síndromes) a las que les atribuimos la propiedad de ser patológicas. Así planteado, resulta más sencillo abordar la cuestión: por una parte, aparece el problema de si las distinciones que hemos trazado entre distintos síndromes mentales —por ejemplo, entre ansiedad, depresión, hiperactividad, esquizofrenia, etc.— responden a diferencias *reales* entre ellos, o si sus miembros son agrupados de manera arbitraria; por otra parte, surge el problema que venimos viendo respecto de la distinción entre la normalidad y la patología, ¿responde la propiedad

²² Conforme he expresado en la nota anterior, aquí cabría introducir un matiz: en el caso que nos ocupa, tomaré por naturalismo descriptivo el proyecto dirigido a descubrir las clases biológicas o neurológicas que caen bajo nuestro concepto operativo de enfermedad mental. Sin embargo, parece que también podríamos llamar *naturalismo descriptivo* a un análisis que pretendiera dilucidar otras clases *naturales*, o, mejor, explicativas, como por ejemplo las clases sociales. No obstante, emplear ese calificativo resultaría confuso.

ser patológico a factores naturales, biológicos, o, por el contrario, a factores sociales, como nuestros valores y preferencias?

Ambos interrogantes son diferentes. Es posible dirimir, por ejemplo y simplificando, que la condición mental que llamamos *depresión* es una clase natural porque sus miembros comparten la propiedad de tener ciertos niveles de serotonina; y defender, sin embargo, que no hay nada en la naturaleza que nos permita establecer que tales niveles son anormalmente bajos, sino que nosotros los juzgamos como patológicos porque se correlacionan, por ejemplo, con un estado de ánimo indeseable. También sería posible, por el contrario, defender que existe en la naturaleza cierta normalidad del funcionamiento mental que no viene impuesta socialmente y que, en cambio, las condiciones que ahora clasificamos como enfermedades mentales no son clases naturales porque agrupan a sus miembros de manera arbitraria. En este caso, aún sería posible que pudiéramos construir una nosología que realmente consiguiera clasificar clases naturales.²³

Llegados a este punto, a mi parecer, podemos comprender mejor qué es lo que *usualmente* está en juego cuando nos preguntamos si cierta condición mental es *realmente* una enfermedad: 1) si consigue agrupar a sus miembros de manera natural, esto es, rastreando diferencias reales que sean explicativas, predictivas y den cuenta de su similitud; y 2) si su carácter patológico involucra factores natura-

²³ Como decía, en el siguiente capítulo exploraré precisamente la concepción de las enfermedades mentales como clases naturales, pero un punto que puedo adelantar es que no creo que sea necesario que concibamos las clases naturales únicamente como aquellas que agrupan a sus miembros atendiendo a criterios biológicos —esto serían, más restringidamente, clases biológicas—, sino que creo que es posible que la nosología psiquiátrica sea una clasificación de clases naturales que agrupe a sus miembros según propiedades sociales o psicológicas.

les relevantes y no sólo factores sociales.²⁴ Así pues, por ejemplo, se ha puesto en cuestión que la esquizofrenia sea realmente una enfermedad mental, en lugar de diferentes condiciones mentales que incorrectamente agrupamos juntas, lo cual es en cierta medida reconocido al concebirlas como un espectro; o que el TDAH sea realmente un trastorno mental porque no encontramos en la naturaleza un hecho relevante por el que determinar su carácter patológico, sino que, por el contrario, sólo responde a factores sociales, como por ejemplo el tiempo que un individuo debería ser capaz de mantener la atención para cumplir con las exigencias de nuestros sistemas educativos.

Entonces, ¿concluiremos que las enfermedades mentales *son en realidad* condiciones mentales que conforman clases naturales y cuyo carácter patológico depende, al menos en parte, de factores biológicos relevantes? No exactamente. Creo que, en efecto, la pregunta por la realidad de la enfermedad mental se ha formulado y respondido en estos términos, pero hay otras formas de abordarla; es más, sólo si concedemos que estos son los términos en que se ha de formular el debate, tacharemos de antirrealistas los análisis construccionistas sociales. Mi tesis es que cuando nos preguntamos qué son las enfermedades mentales, podríamos estar preguntando: cómo creemos usar el concepto de enfermedad mental; cómo varía este concepto individual, cultural e históricamente; cómo de hecho usamos el concepto (qué clases empíricas caen bajo él, si es que cae alguna); o en qué matriz social empleamos el concepto. Todos estos

²⁴ En el seno de la biopsiquiatría, como veremos en la segunda parte de esta tesis, se ha asumido que las propiedades relevantes para articular la nosología psiquiatría son las biológicas, más concretamente, centradas en el cerebro; y se ha confundido, además, el hecho de identificar estas propiedades con el de establecer su carácter patológico: esto es, se ha confundido identificar las bases biológicas de la enfermedad mental con establecer que son realmente enfermedades mentales.

análisis son, desde mi punto de vista, maneras de abordar la realidad de la enfermedad mental. Por lo tanto, sólo si presuponemos que lo que las enfermedades mentales *son en realidad* viene determinado de alguna manera por la naturaleza, podremos acusar al constructivista social de antirrealista.

Desde mi punto de vista, hay un sentido en que todas las condiciones mentales que aparecen en manuales como el DSM o en clasificaciones como la CIE son enfermedades mentales. Sin un ánimo exhaustivo, podríamos decir que una enfermedad (o trastorno) mental es una condición mental considerada, en algún sentido, perjudicial y objetivamente anormal, la cual precisa de terapia y cobertura sanitaria, pública o privada; legitima el consumo y administración de psicofármacos para paliar o tratar sus síntomas; y, según su gravedad, puede dar lugar a prestaciones económicas por incapacidad, ser eximente o atenuante de responsabilidad moral y/o legal, y legitimar el tratamiento médico forzado. Todas las condiciones que aparecen en el DSM o la CIE comparten, en mayor o menor medida, estas características.

Esta definición no anda muy lejos de otra que Allen Frances, jocosamente, formula:

I sometimes joke that the only way to define mental disorder is “that which clinicians treat; researchers research; educators teach; and insurance companies pay for”. [...] Unfortunately, this practical “definition” is elastic, tautological, and potentially self-serving—following practice habits rather than guiding them. (Frances 2013b, 18).

A mi parecer, a pesar de que Frances bromea con su definición, esta encierra cierta verdad; y es que parte de la realidad de las enferme-

dades mentales tiene que ver con todos los elementos que él menciona. Pero también tiene razón en que si nos contentamos con este análisis, difícilmente podremos guiar la práctica psiquiátrica. El análisis de Frances es un análisis descriptivo y, como tal, tiene una limitada utilidad práctica: necesitamos un concepto que nos sirva de guía, que nos sirva de *meta*, para saber qué condiciones hemos de tratar y hacia dónde dirigir nuestra investigación (y su financiación).

Ahora bien, si en lugar de ofrecer una definición basada enteramente en factores sociales, hubiéramos ofrecido una definición basada enteramente en factores naturales, ¿tendríamos una definición útil para guiar la práctica psiquiátrica? Mi respuesta es negativa, con matices. En todo caso, es necesario un *input normativo*. En primer lugar, hemos de reflexionar sobre cuáles son los propósitos a los que deberían servir nuestro concepto de enfermedad mental y nuestras clasificaciones psiquiátricas; en segundo lugar, habríamos de reflexionar sobre qué criterios para definir la enfermedad mental y conformar la nosología son los que mejor sirven a tales propósitos. Es sólo cuando hayamos dirimido ambas cuestiones que el concepto de enfermedad mental será útil para guiar la práctica. Dicho de otro modo: para guiar la práctica psiquiátrica necesitamos un concepto *meta* [*target*], esto es, hemos de dirimir cuál es el concepto que deberíamos emplear según nuestros propósitos.

Podemos suponer que el concepto de enfermedad mental que precisa la investigación y clínica psiquiátrica es uno que sea potencialmente explicativo —que consiga dar cuenta de la etiología de los síntomas mentales— y predictivo —que consiga predecir el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento—. Pero, además de eso, necesitamos introducir otros criterios para evitar la expansión diagnóstica y los posibles abusos de la psiquiatría. Por ejemplo, como Frances propone, podríamos considerar introducir como criterio que

las enfermedades mentales sean aquellas condiciones que no van a mejorar por sí solas con el tiempo, para no interferir con los procesos homeostáticos y dificultar la recuperación natural.

¿Y qué hay del requisito de que estas condiciones impliquen, en algún sentido, una desviación con respecto de la normalidad natural? ¿Es necesario este criterio para evitar la expansión diagnóstica? Recordemos que precisamente este es un punto que a veces se defiende desde posiciones naturalistas o hibridistas. A mi juicio, no es un requisito necesario, aunque sería deseable. No creo que sea necesario para evitar la expansión diagnóstica porque podríamos basarnos enteramente en factores sociales o individuales para discernir lo normal de lo patológico y, aun así, articular criterios lo suficientemente fuertes como para impedir que un gran número de personas caigan bajo las clasificaciones psiquiátricas. Por ejemplo, podríamos situar en un plano central el padecimiento del individuo, como propone Bolton; o restringir las enfermedades mentales a aquellas condiciones que no consigan mejorar con independencia del contexto.

A veces una tiene la impresión de que cuando se defiende que sólo el descubrimiento de la norma inscrita en la naturaleza es capaz de frenar los abusos de la psiquiatría y la expansión diagnóstica, se vuelve a aquellas posiciones que defendían que sólo Dios —convertido ahora en Naturaleza— puede ser fundamento ético. No creo que sea necesario rastrear la normalidad biológica para fundamentar un concepto de enfermedad mental que haga justicia social. Es más, y en esto parece que existe consenso, esta normalidad biológica no es suficiente por sí sola para determinar qué condiciones son merecedoras de tratamiento médico y cuáles no: hace falta, además, que nosotros impongamos criterios normativos; dicho de otro modo, hace falta articular un concepto meta. Visto desde esta perspectiva, la búsqueda de las enfermedades mentales *reales* se transforma en la

deliberación sobre las condiciones mentales que *deberíamos* clasificar como enfermedades mentales.

Ahora bien, a pesar de ello, creo que es deseable articular un concepto de enfermedad mental que, dentro de las limitaciones que ahora mencionaré, intente rastrear objetivamente algunos sentidos en los que sería razonable considerar que el individuo se ha desviado de la normalidad no sólo social. Me parece deseable porque esta desviación forma parte, como he sostenido, del concepto manifiesto de enfermedad mental, el cual funciona dando soporte a todo un conjunto de prácticas sociales. Pero, ¿es esto posible? Abordaré a continuación los argumentos que me parecen más fuertes contra esta posibilidad de hallar cierta normatividad en la naturaleza, los cuales creo que aplican a cualquier noción de función mental que pudiéramos articular. Aquellos que considero tienen más fuerza y relevancia para hacernos pensar en los límites de la normatividad natural son el del pluralismo de las funciones mentales, de Elselijn Kingma, y el de la imbricación de los factores sociales e individuales con los biológicos, de Derek Bolton. Recordémoslos aquí.

Kingma argumentaba que es dudoso que la mente tenga una estructura modular que podamos mapear de manera unívoca. Frente a esta imagen, ella sostiene que “minds may not have joints—and if they do, they may have so many that there are multiple possible yet mutually incompatible ways of carving them.” (Kingma 2013, 368). Así pues, si podemos articular diferentes clasificaciones de las funciones mentales, de ahí se sigue que su contrario, una clasificación de disfunciones, también admite diversas articulaciones. Según ya defendí en el anterior capítulo, esto resulta problemático para un naturalismo fuerte, pero puede ser acomodado desde una posición más laxa. Lo que me parece relevante es que, en efecto, pueda haber diferentes maneras de clasificar las funciones mentales

que no resultan arbitrarias, sino que rastreen diferencias naturales. Ciertamente es que habremos de decidir entre unos esquemas clasificatorios y otros, y es por ello que es importante dilucidar previamente los propósitos a los que deben servir nuestras clasificaciones psiquiátricas. Conforme lo expresa Haslanger (2015):

On my view, the world is replete with things and with parts, functions, sets, collections, and properties of things. Differences abound. There are more divisions than we could ever note or care about. We distinguish things by classifying them, and classification is a human activity and can be done in better or worse ways. As sketched in section 2, the adequacy of a classification will depend on a variety of factors. Theoretical and practical norms will have different weights depending on the task. (p. 132).

Por lo tanto, si, en efecto, existen múltiples maneras de clasificar las funciones mentales —y, por consiguiente, las disfunciones— que pueden servir de igual manera a nuestros fines teóricos, habremos de decidir entre todos estos esquemas clasificatorios según nuestros fines prácticos.

El segundo argumento que quiero volver a traer a colación para valorar los límites de una aproximación naturalista es el de Bolton. Recordemos que Bolton apuntaba a la imbricación entre los factores individuales, sociales y biológicos en la conformación del funcionamiento de los mecanismos psicológicos. Esta imbricación le llevaba a concluir que no es posible hablar de una normalidad meramente biológica en el caso de la psicología, pues no es posible aislar un funcionamiento normal biológico sin tener también en consideración los factores individuales y sociales:

three kinds of factors are implicated in the design of human behaviour: evolutionary/genetic, environmental, including the cultural, and individual, and these three kinds of factors interact in complex ways. To each kind of design there corresponds a type of norm: evolutionary/genetic, social and individual again with no clear divisions and interplay between them. (Bolton 2010, 44).

Como señalé anteriormente, aquí Bolton parece que está apuntando al hecho de que los factores individuales y sociales tienen un poder causal en la conformación del funcionamiento psicológico humano, esto es, está apuntando a su construcción causal. Recordemos también que Wakefield, contra quien es formulada esta crítica, admitía junto a Horwitz este aspecto, y ambos lo reconocían como esencial en la evaluación del funcionamiento de los mecanismos psicológicos humanos. La pregunta sería: ¿cuánto limita esto una aproximación naturalista? Según lo interpreto, Horwitz y Wakefield están máximamente interesados en mostrar que, a pesar de que en la evaluación del funcionamiento de los mecanismos psicológicos es preciso tomar en consideración factores individuales y sociales, como el significado y el contexto, cuando evaluamos estos mecanismos como disfuncionales no estamos emitiendo un juicio de valor, sino describiendo objetivamente un hecho del mundo, aunque este dependa causalmente, en parte, de nosotros. Formaría parte de la naturaleza del ser humano disponer de ciertos mecanismos psicológicos, pero su funcionamiento respondería a factores sociales e individuales, esto es, al contexto y a los significados que han sido construidos social e individualmente.

¿Cómo se ve afectada, pues, la distinción que trazamos entre la normalidad y la patología? ¿Deberíamos concluir que está fuertemen-

te construida pragmáticamente? Para responder a este interrogante, es útil volver a contar con la distinción entre los conceptos operativo y meta. Así pues, mi tesis es que la distinción que, en la práctica, opera en el concepto de enfermedad mental entre la patología y la normalidad está enteramente basada en factores sociales. Estoy de acuerdo con Bolton —también con Szasz— cuando afirman que los criterios que han guiado la identificación de las condiciones mentales patológicas que han de recoger nuestros manuales diagnósticos no han sido más que criterios sociales (teniendo en cuenta también factores individuales, como el padecimiento, pero este sólo entra en juego en tanto que es reconocido socialmente). Estas condiciones resultan patológicas porque las juzgamos como indeseables, perjudiciales, anormales, etc. Abundaré en estas cuestiones en la segunda parte de este trabajo.

Sin embargo, a pesar de que nuestro concepto operativo de enfermedad mental sólo rastree factores sociales que determinan el carácter patológico de cierta condición mental, creo que es posible articular un concepto meta que, con todas las limitaciones expresadas, logre rastrear objetivamente una diferencia relevante para distinguir entre funcionamiento mental normal y anormal. Esta diferencia, a pesar de no estar *ya dada* en el mundo y depender causalmente, al menos en parte, de nosotros, no estaría constituida enteramente por factores sociales. La diferencia entre el funcionamiento mental normal y anormal no es algo que creemos con la propia clasificación psiquiátrica, sino que es algo de lo que deberíamos dar cuenta con ella, teniendo en consideración también hechos sociales. La tarea de la psiquiatría debería ser, pues, descriptiva y explicativa, y ello pasa por atender a cuestiones culturales e individuales que construyen el significado de los síntomas mentales. Sin embargo, sin invalidar esto, no hemos de perder de vista que, como ocurre con cualquier clasi-

ficación humana, la propia clasificación psiquiátrica, el diagnóstico y, en definitiva, la matriz social en la que todo ello se inserta, también tendrán un impacto en la subjetividad y comportamiento individual, construyendo discursivamente los síntomas mentales, como expondré más adelante a través del modelo de formación de los síntomas mentales del Grupo de Cambridge.

Recapitulando: en primer lugar, que la investigación psiquiátrica se inicie o esté guiada por intereses o propósitos sociales, no debería llevarnos a concluir que, necesariamente, todo lo que podemos descubrir son hechos, propiedades, diferencias, etc. sociales. Esto es común a cualquier investigación. Así mismo, que la nosología psiquiátrica sirva a ciertos propósitos tampoco es un problema: la adecuación de toda clasificación no sólo se ve constreñida por fines teóricos, sino también por fines prácticos. De aquí se sigue que es fundamental deliberar sobre los propósitos a los que debería servir la psiquiatría: por ejemplo, si determinamos que a la psiquiatría sólo le competen aquellas condiciones mentales que implican un perjuicio para el individuo, habría motivos para concluir que condiciones como la psicopatía no deberían ser enfermedades mentales. Así mismo, considero que es importante también retener esa idea de que las enfermedades mentales involucran algún tipo de desviación respecto de la normalidad que no involucre meramente normas sociales, a pesar de que no creo que podamos hablar en psiquiatría estrictamente de una normatividad biológica.

Una vez hayamos dirimido estas cuestiones —y este es un ejercicio en el que no solamente han de participar los expertos—, tendremos una guía para dilucidar qué diferencias del mundo resultan relevantes para articular nuestros esquemas clasificatorios y guiar la práctica psiquiátrica. Aquí nos encontraremos con una limitación teórica: necesitaremos una clasificación cuyas clases resulten

explicativas y también predictivas, de modo que nos permitan intervenir terapéuticamente sobre las enfermedades mentales. Estas clases, como mencionaré en la segunda parte de este trabajo, no creo que hayan de basarse únicamente en propiedades biológicas, pues las propiedades psicológicas o sociales pueden resultar igualmente, o más, explicativas y predictivas.

PARTE II
LA CONCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL
EN LA BIOPSIQUIATRÍA

4. LA ENFERMEDAD MENTAL COMO CLASE NATURAL

No sólo la definición del concepto de enfermedad mental ha supuesto —y sigue suponiendo— un reto para la psiquiatría, sino que los problemas en torno a la fiabilidad diagnóstica y la validez nosológica —esto es, de las clasificaciones psiquiátricas— se han presentado igualmente acuciantes, poniendo así mismo en cuestión la realidad de la enfermedad mental. Si volvemos de nuevo a las décadas de los sesenta y setenta —momento en que el Movimiento Antipsiquiatría golpeó con fuerza, como hemos visto—, encontraremos que las probabilidades de que dos psiquiatras coincidieran en su diagnóstico a un mismo paciente apenas superaban las del azar (Kendler, Muñoz, y Murphy 2010); y que la ausencia de clasificaciones y criterios diagnósticos estandarizados hacían dudar también de que éstos no fueran meramente arbitrarios, en el mejor de los casos, o instrumentos de control social, en el peor de los casos. Tales problemas no sólo empañaban la práctica psiquiátrica, sino también el propio estatus ontológico de las enfermedades mentales: ¿cómo dotar de realidad a un fenómeno que somos incapaces de identificar consistentemente y que es sospechoso de ser clasificado arbitrariamente?

Dedicaré esta segunda parte de este trabajo a abordar dos concepciones que han estado en la base de ese intento de dotar de realidad a la enfermedad mental. En este capítulo trataré la concepción de la enfermedad mental como clase natural; en el siguiente, la enfermedad mental como enfermedad cerebral. Comenzaré en primer lugar realizando una exposición crítica sobre los problemas de fiabilidad diagnóstica y validez nosológica que acuciaban a la psiquiatría en la segunda mitad del pasado siglo. Seguidamente, vere-

mos cómo se gestaron los programas *realistas* de validación nosológica y cómo emergió el DSM-III para dar respuesta a los problemas teóricos y prácticos de la psiquiatría. Examinaré a continuación los problemas de validación del DSM y la emergencia de un nuevo marco de investigación, los *Research Domain Criteria* (RDoC).

CUESTIONANDO LA FIABILIDAD DIAGNÓSTICA Y LA VALIDEZ NOSOLÓGICA
La fiabilidad diagnóstica hace referencia a la consistencia con que los pacientes son clasificados por los terapeutas. Esta consistencia puede evaluarse mediante tres procedimientos diferentes: intraevaluador, interevaluador y test-retest.

Intrarater reliability requires that the same rater be asked to “blindly” review the same patient material two or more times. [...] Interrater reliability requires that two or more different raters review the same patient material. [...] Test-retest reliability requires that the same patients be observed separately by two or more raters within an interval during which the clinical conditions of the patients are unlikely to have changed. (Kraemer et al. 2012, 13-14).

La evaluación de la fiabilidad puede presentar algunos retos, como por ejemplo que la muestra de los casos a evaluar sea representativa de la realidad clínica: si evaluamos la consistencia del diagnóstico en casos inequívocamente sintomáticos frente a controles claramente asintomáticos, el resultado que tal investigación arroje será poco representativo del ámbito clínico real, donde los casos rara vez son *de libro*, sino que los pacientes se ven aquejados por patologías heterogéneas. A pesar de los problemas que pueda presentar la evaluación de la fiabilidad diagnóstica, su definición es clara y se

mantiene más o menos estable —si bien se ha refinado— desde hace varias décadas, girando en torno a la consistencia con que los sujetos son clasificados por los terapeutas (Spitzer y Fleiss 1974).

Las cosas se tornan más complejas a la hora de abordar la validación, pues no sólo supone un reto práctico, sino también teórico. Conforme señalaron Robert Kendell y Assen Jablensky en un influyente artículo publicado en 2003, el problema de la validación no sólo afecta a la psiquiatría, sino que es un problema filosófico que presenta toda ciencia:

There is no single, agreed upon meaning of validity in science, although it is generally accepted that the concept addresses “the nature of reality” [...] and that its definition is an “epistemological and philosophical problem, not simply a question of measurement”. (Kendell y Jablensky 2003, 5).

Al plantear de este modo el problema de la validación, Kendell y Jablensky ya muestran su posicionamiento a favor de una de las dos grandes aproximaciones que usualmente se han adoptado ante esta cuestión y que han sido bautizadas como la *concepción pragmática o instrumental* y la *concepción realista* (Rodrigues y Banzato 2015; Stoyanov, Borgwardt, y Varga 2015). La primera de ellas, la concepción pragmática o instrumental, iguala validez y utilidad: una categoría diagnóstica debería considerarse válida si es útil para ciertos propósitos; la segunda de ellas, la concepción realista, establece que una categoría diagnóstica sólo es válida si representa el mundo objetivamente, lo cual se ha entendido en psiquiatría como el descubrimiento de las *entidades reales* que caen bajo una categoría, las cuales tienen una existencia independiente de nuestra nosología. La manera en que Kendell y Jablensky conceptualizan la validación los

sitúa en una concepción realista, asumiendo compromisos metafísicos mucho más exigentes que en el caso de la concepción pragmática, usualmente desde una teoría de la verdad como correspondencia. Un ejemplo de esta concepción pragmática sería la propuesta de Robert Spitzer y Joseph Fleiss:

Classification systems such as diagnosis have two primary properties, reliability and validity. Reliability refers to the consistency with which subjects are classified; validity, to the utility of the system for its various purposes. In the case of psychiatric diagnosis, the purposes of the classification system are communication about clinical features, aetiology, course of illness and treatment. (1974, 341).

Añadiendo más complejidad a la cuestión, cabe por otra parte preguntarse si debiéramos realizar una distinción entre la validación del *diagnóstico psiquiátrico* y la validación de las *categorías psiquiátricas*. Como algunos autores han señalado (Pouncey 2003b; Rodrigues y Banzato 2015), usualmente no se ha realizado distinción entre ambos ámbitos, lo cual ha introducido cierta ambigüedad: lo podemos observar, por ejemplo, en la cita inmediatamente anterior, donde Spitzer y Fleiss consideran el diagnóstico como un sistema de clasificación; y, también, de forma mucho más explícita, en el popular artículo de Eli Robins y Samuel Guze, donde leemos que “[i]n medicine, and hence in psychiatry, classification is diagnosis” (1970, 983). Frente a este tipo de posturas que igualan la práctica diagnóstica con la práctica clasificatoria, Claire Pouncey —defensora también de la concepción realista— ha enfatizado la necesidad de distinguir ambas: “The activity of classification involves the scientific investigations that together provide evidence for positing the exis-

tence of mental disorders. The act of diagnosis involves hypothesizing a specific disease entity as the cause of a single person's symptoms" (Pouncey 2003a, 10-11). Así, si consideramos que clasificar y diagnosticar son dos actividades distintas, aparecerían dos problemáticas diferentes a la hora de tratar la *validación diagnóstica* y la *validación nosológica*: "'Diagnostic validity' refers to the accuracy of diagnosis according to diagnostic criteria. 'Nosologic validity' refers to the accuracy of a nosology in representing the mental disorders that exist in the world and the relationships between them" (Pouncey 2003b, 9). Teniendo en consideración esta diferencia entre validez diagnóstica y nosológica, me centraré aquí en la segunda, en la idea de que las clasificaciones psiquiátricas deben representar los trastornos mentales que existen en el mundo. Antes de abordar la validación, contextualicemos primero el problema de la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico, pues nos ayudará a comprender la validación nosológica en el paradigma biomédico y cómo ha conformado la realidad de la enfermedad mental.

A finales de los años cuarenta del pasado siglo comenzábamos a encontrar las primeras investigaciones empíricas que mostraban la escasa fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico, donde la probabilidad de que dos profesionales realizaran un mismo diagnóstico para un mismo paciente apenas superaba la probabilidad esperable por azar (Kendler, Muñoz, y Murphy 2010). Este tipo de trabajos fueron sucediéndose en las siguientes décadas, con resultados similares, causando preocupación especialmente entre aquellos que consideraban que la psiquiatría debe ser una rama de la medicina y, como tal, contar con una clasificación válida, pues ésta es la base de toda práctica científica (Kendler, Muñoz, y Murphy 2010; Spitzer y Fleiss 1974). No obstante, a mediados del siglo pasado no eran mayoría quienes adoptaban esta aproximación a la práctica psiquiátrica, pues

la corriente predominante globalmente era el psicoanálisis freudiano, en el cual a menudo se consideraba que ofrecer un diagnóstico no sólo no era útil, sino que era un acto de etiquetado que podía resultar perjudicial para los pacientes: “psychodynamic writings are generally antithetical to the postulation of diagnostic categories, preferring individualizing analyses of each patient’s conflicts, defenses, and character structure” (Haslam 2000, 1035).

La falta de fiabilidad y también la despreocupación por el diagnóstico se evidenciaron, por ejemplo, en la “Conference on the Development of a Research Program for the Evaluation of Psychiatric Therapies”, organizada en 1953 por la American Psychiatric Association, cuyo objetivo era el de evaluar terapias y establecer criterios, metodologías y estándares en la práctica psiquiátrica. A juicio de algunos de sus asistentes, el resultado de dicho encuentro fue totalmente insatisfactorio, precisamente por el hecho de que resultó imposible determinar la eficacia de los tratamientos debido a la falta de criterios estandarizados tanto para el diagnóstico como para la evaluación de los resultados. Según cuenta George Murphy: “That was a disastrous state of affairs in a discipline trying to become a science. Nobody appeared concerned” (Kendler, Muñoz, y Murphy 2010, 134). Esta cita es particularmente ilustrativa de la situación, pues muestra que la insatisfacción por la falta de fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico se daba máximamente entre aquellos que tenían la convicción de que la psiquiatría debía convertirse en una disciplina científica, donde la clasificación es fundamental.

Tras la cuestión de la fiabilidad del diagnóstico subyace la tensión existente entre lo que se conoce como un *método nomotético* —basado en el uso de categorías y criterios generalizados— y un *enfoque idiográfico* —centrado en la comprensión individual de cada caso— (Matthew R. Broome 2009; Schäfer 1999). Esta distinción fue acu-

ñada inicialmente por el filósofo neokantiano Wilhelm Windelband para dar cuenta de las diferencias metodológicas entre las ciencias históricas —aquellas disciplinas que estudian el mundo humano y la cultura— y las ciencias naturales (Kinzel 2020).

Grosso modo, si la psiquiatría adoptara el primer enfoque, contaría con la ventaja de que gracias a la estandarización de la evaluación y el diagnóstico se posibilitaría la producción de un conocimiento científico consistente que permitiera determinar, por ejemplo, la eficacia de los tratamientos psiquiátricos; no obstante, este enfoque se enfrentará a dificultades para advertir el contexto individual y las particularidades de cada caso, los cuales pueden resultar determinantes para comprender el padecimiento de los pacientes y evaluar, por ejemplo, si éste supone una respuesta normal frente a las dificultades de la vida. Esta desventaja del enfoque nomotético es precisamente la virtud del enfoque idiográfico; el cual, por contra, presentaría la desventaja de no proveernos del tipo de conocimiento necesario para poder realizar inducciones que nos permitan prever el curso de una enfermedad o encontrar el mejor tratamiento. Ahora bien, antes de realizar tal objeción, habría que dirimir en primer lugar si es acaso posible —por la propia naturaleza de las enfermedades mentales y por nuestras limitaciones epistemológicas— realizar una aproximación nomotética que no sea meramente una burda simplificación o distorsión de la realidad.

El impacto de la falta de fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico se hacía sentir tanto en la clínica como en la investigación, donde aquellos que consideraban que la psiquiatría debía seguir el modelo médico veían cómo la falta de fiabilidad les impedía hacer uso de las nuevas herramientas que comenzaban a estar disponibles en el terreno de la medicina, como la biología molecular, la genética, la neuroimagen, la estadística multivariante o los ensayos clínicos controlados

con placebo (Frances 2013b, 61-62). En este sentido, la presión de la industria farmacéutica para poder realizar estudios clínicos que probaran la eficacia de sus psicofármacos también fue un factor decisivo en la búsqueda de la fiabilidad.

De entre este clima de insatisfacción, deseo destacar dos estudios que supusieron una gran conmoción, deteniéndome especialmente en el segundo. El primero de ellos vio la luz en 1969 y tuvo un gran impacto en la percepción de la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico: se trataba de un estudio que analizaba y comparaba las admisiones psiquiátricas en dos hospitales, uno ubicado en Londres y otro en Nueva York (J. E. Cooper et al. 1969). Basándose en un trabajo previo de Morton Kramer (1961), donde se evidenciaba que los hospitales británicos presentaban una tasa hasta diez veces superior a los estadounidenses en admisiones por psicosis maníaco-depresiva, los investigadores trabajaron sobre la hipótesis de que tal disparidad difícilmente podía atribuirse únicamente a genuinas diferencias entre los pacientes, sino que parecía apuntar a diferencias conceptuales existentes en los procesos de recolección, codificación y registro de sus síntomas. En palabras de los autores, se buscaba responder al siguiente interrogante: "Are the differences in official statistics due to differences between the patients, or are they due to differences between the doctors and the recording systems, or do both play a part?" (J. E. Cooper et al. 1969, 22). La conclusión a la que llegaron es que ambas cuestiones tenían su papel. Por una parte, se evidenció que los pacientes británicos presentaban más casos de depresión y, además, sus síntomas eran más graves. Por otra parte, se hizo patente también que los diagnósticos de esquizofrenia y trastornos del estado del ánimo variaban fuertemente debido a su diferente concepción y uso de los términos diagnósticos. Estos resultados mostraban, por tanto, una preocupante falta de consistencia, de fiabilidad, en el

diagnóstico psiquiátrico; hecho que ya venía haciéndose patente en los últimos años, como destacan los autores en su artículo.

Cuatro años más tarde, en 1973, una segunda publicación, particularmente polémica y llamativa, vio la luz bajo el título "On Being Sane in Insane Places": se trataba de un estudio basado en un par de experimentos realizados por David Rosenhan y su equipo, donde se cuestionaba la capacidad de los psiquiatras de distinguir la cordura de la locura.

Anxiety and depression exist. Psychological suffering exists. But normality and abnormality, sanity and insanity, and the diagnoses that flow from them may be less substantive than many believe them to be.

At its heart, the question of whether the sane can be distinguished from the insane (and whether degrees of insanity can be distinguished from each other) is a simple matter: Do the salient characteristics that lead to diagnoses reside in the patients themselves or in the environments and contexts in which observers find them? (Rosenhan 1973, 250-51).

Tras diversas consideraciones antropológicas, filosóficas y terapéuticas, la categorización de la enfermedad mental se presentaba como peyorativa y dañina; además, conforme se interpretaron los resultados de los experimentos que ahora describiré, también como meramente subjetiva: "Psychiatric diagnoses, in this view, are in the minds of observers and are not valid summaries of characteristics displayed by the observed" (Rosenhan 1973, 251).

Rosenhan confronta las creencias de que (1) los pacientes *presentan* síntomas; (2) tales síntomas pueden ser clasificados objetivamente; y (3) por lo tanto, los *cuerdos* son objetivamente distinguibles de

los *locos*. Ello supone el rechazo de algunos elementos centrales en el paradigma biomédico: (1) la pretendida objetividad de la observación de los síntomas mentales —la cual es denunciada como altamente subjetiva—; (2) la posibilidad de crear categorías válidas —que recojan una realidad independiente de la subjetividad del observador—; y (3) la distinción entre lo normal y lo patológico —entre cordura y locura— con base en tales categorías y observaciones.

Los experimentos que Rosenhan llevó a cabo resultarían incluso cómicos si no fuera por lo dramático de la situación que retratan. Su primer experimento consistió en que personas *normales*—personas que no padecían y jamás habían padecido síntomas de ningún trastorno psiquiátrico serio— logaran ser admitidas en hospitales psiquiátricos, buscando poner a prueba la capacidad de los profesionales sanitarios de distinguirlos como *impostores*. Este experimento, a su juicio, mostraría la influencia que el contexto tiene en la evaluación de los síntomas mentales, partiendo de la hipótesis de que si una persona padecía un trastorno mental, éste tendría que ser obvio *por sí mismo*, independientemente del contexto en que se observaran los síntomas.

If the sanity of such pseudopatients were always detected, there would be prima facie evidence that a sane individual can be distinguished from the insane context in which he is found. Normality (and presumably abnormality) is distinct enough that it can be recognized wherever it occurs, for it is carried within the person. If, on the other hand, the sanity of the pseudopatients were never discovered, serious difficulties would arise for those who support traditional modes of psychiatric diagnosis. (Rosenhan 1973, 251).

Ocho pseudopacientes lograron ser admitidos en doce hospitales diferentes, sin que ningún miembro del personal sanitario tuviera conocimiento de que eran impostores. Sus síntomas fingidos consistieron únicamente en afirmar que escuchaban voces pronunciando las palabras *empty*, *hollow* y *thud*. Estas palabras fueron especialmente elegidas por sus connotaciones existenciales, además de por el hecho de que la literatura psiquiátrica no había recogido jamás caso alguno de *psicosis existencial*, lo cual podría sugerir que no se trataba de un fenómeno patológico. Aparte de ello, no describieron ningún otro síntoma y relataron con normalidad sus experiencias vitales pasadas. Una vez fueron ingresados, se comportaron con total normalidad; a pesar de ello, ningún pseudopaciente fue detectado como un impostor, sino que permanecieron ingresados una media de 19 días (desde 7 hasta 52 días), diagnosticados de esquizofrenia.

Uno de los intereses de Rosenhan era el de cuestionar la objetividad de la observación de los síntomas psiquiátricos, enfatizando el papel que tiene el contexto a la hora de evaluar un síntoma, así como el poder que tienen las etiquetas psiquiátricas para sesgar la observación bajo la luz de lo patológico. El experimento mostró que, una vez que una persona había sido diagnosticada con una enfermedad mental, su comportamiento pasado y presente era interpretado teniendo en cuenta su enfermedad como un rasgo central: es por ello que, a pesar de comportarse de manera *normal*, los pseudopacientes permanecieron ingresados de media 19 días. Además, sus historias personales fueron interpretadas de manera que resultaran consistentes con el diagnóstico que habían recibido: “diagnoses were in no way affected by the relative health of the circumstances of a pseudopatient’s life. Rather, the reverse occurred: the perception of his circumstances was shaped entirely by the diagnosis” (Rosenhan 1973, 253). Así, en lugar de interpretar los síntomas mentales a la

luz de las historias personales, se interpretaron las historias personales a la luz de los síntomas mentales.²⁵

Además de este primer experimento, Rosenhan llevó a cabo una segunda acción en dos hospitales que habían conocido los resultados de su primer experimento y dudaban profundamente que algo así pudiera ocurrir en sus instalaciones:

²⁵ Aunque la psiquiatría ha experimentado algunos cambios desde los setenta, lo cierto es que este tipo de denuncias siguen realizándose hasta nuestros días. En este sentido, esta problemática se ha elaborado y abordado desde el marco conceptual de la injusticia epistémica (Fricker 2007). En líneas generales, la idea que aquí emerge es que el colectivo de los enfermos mentales sufre una injusticia epistémica testimonial, esto es, aquella que ocurre cuando una persona recibe menos credibilidad de la que merece debido a un prejuicio por su identidad: al ser diagnosticados con una enfermedad mental, la credibilidad de los pacientes se ve mermada y su testimonio es siempre cuestionado e interpretado a la luz del diagnóstico (Crichton, Carel, y Kidd 2017). Bajo mi punto de vista, en el ámbito de la biopsiquiatría no sólo se produce una injusticia epistémica testimonial, sino también hermenéutica, esto es, una injusticia epistémica a nivel estructural debida a la falta de recursos colectivos interpretativos que padece un grupo para entender y expresar aspectos significativos de su experiencia social. En resumen, la idea es que las experiencias de los pacientes mentales son narradas en términos biomédicos, en lugar de en términos personales, lo cual las despoja de su significado y sitúa al sujeto en una posición de agencia reducida: “if neurobiology becomes the driver at the expense of ‘meaning,’ the resultant mechanistic approach (as with the Research Domain Criteria programme) results in removal of the sense of agency from the individual” (Marková 2018, 794). Este hecho es importante porque también guarda relación con la tensión que mencionaba algunas páginas atrás, la existente entre el enfoque nomotético e idiográfico: si nos inclinamos por el primero, las elaboraciones personales serán vistas como carentes de utilidad, pues lo que se prima es la consistencia que puede aportar la terminología y las explicaciones científicas. Por supuesto, con ello entran también en juego otros aspectos, como por ejemplo el hecho de que el profesional médico es quien adopta el rol de experto y el testimonio del paciente es degradado; degradación, por cierto, que no sólo ocurre en psiquiatría, sino también en la medicina general (Kidd y Carel 2017).

The staff was informed that at some time during the following three months, one or more pseudopatients would attempt to be admitted into the psychiatric hospital. Each staff member was asked to rate each patient who presented himself at admissions or on the ward according to the likelihood that the patient was a pseudopatient. [...]

Judgments were obtained on 193 patients who were admitted for psychiatric treatment. [...] Forty-one patients were alleged, with high confidence, to be pseudopatients by at least one member of the staff. Twenty-three were considered suspect by at least one psychiatrist. Nineteen were suspected by one psychiatrist and one other staff member. Actually, no genuine pseudopatient (at least from my group) presented himself during this period. (Rosenhan 1973, 252).

Estos dos experimentos de Rosenhan pusieron en serios aprietos la fiabilidad y la validez del diagnóstico psiquiátrico. Cuando ni siquiera unos mismos *síntomas* son interpretados de la misma manera por el personal sanitario de una misma institución, no sólo se está mostrando —como en el experimento anteriormente traído a colación (J. E. Cooper et al. 1969)— una discrepancia conceptual y procedimental, sino que se está revelando el poder que tienen los factores extra-clínicos a la hora de interpretar lo observado. Usualmente, la psiquiatría suele estar más preocupada por no cometer errores de *tipo 1*, esto es, por no clasificar como sanos a aquellos individuos que podrían padecer alguna enfermedad mental —lo que la lleva a cometer errores de *tipo 2*, es decir, clasificar como enfermos a individuos sanos—; en cambio, como muestra el segundo experimento de Rosenhan, cuando entran en juego otros factores como el prestigio de una institución, los profesionales de la psiquiatría se esfuerzan más

por no cometer errores de tipo 2, lo que los hace más receptivos frente a posibles falsos positivos. Así pues, podemos concluir que los problemas de fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico no sólo se deben al empleo de diferentes mapas conceptuales y clasificaciones, sino que otros factores —como los intereses o los sesgos que producen las etiquetas psiquiátricas— también entran en juego. Los experimentos de Rosenhan parecen sugerir que la identificación y clasificación de los síntomas mentales depende, al menos en parte, del contexto en que se realiza, de intereses extra-clínicos y de la terminología que emplean los distintos profesionales según la corriente a la que pertenecen.

Nótese que aquí se pueden observar dos cuestiones en juego. Una de ellas —tratada por extenso en la primera parte de este trabajo— es la que refiere a la construcción pragmática fuerte de la distinción entre lo normal y lo patológico —esto es, al hecho de que esta distinción viene motivada por factores sociales y, además, no consigue captar ningún hecho biológico relevante—. La otra cuestión que ahora se introduce tiene que ver con la propia observación de los síntomas mentales: ya no se trata por tanto de la naturaleza de la distinción y los criterios que empleamos para su trazado, sino de que fuera posible aplicar tales criterios a los fenómenos que observamos de manera objetiva —esto es, sin que se vean empañados por los juicios subjetivos— dado que el propio contexto de evaluación de los síntomas mentales influye fuertemente.

Recordemos que, entre otras, la intención de Rosenhan era poner en cuestión las siguientes creencias respecto de los pacientes mentales: (1) que presentan síntomas que son evaluados objetivamente; (2) que tales síntomas son clasificados objetiva o naturalmente, en tanto que son independientes del observador; (3) que, por lo tanto, discernimos objetivamente lo normal de lo patológico. A mi parecer, en

efecto, en los experimentos que Rosenhan presenta, estas tres creencias se ven atacadas en buena medida. Lo que sin duda queda claro es que, en este estado de cosas, la fiabilidad del diagnóstico es más que dudosa. No obstante, podría quedarnos la sensación de que es posible mejorar los instrumentos de evaluación clínica para evitar los sesgos del terapeuta. Parece posible, pues, después de todo, que los síntomas mentales sean independientes de la observación del terapeuta y que puedan desarrollarse herramientas para representarlos adecuadamente y clasificarlos de manera objetiva. Sigamos explorando la idea de *objetividad* de los síntomas mentales.

LOS SÍNTOMAS MENTALES COMO OBJETOS YA DADOS

La idea de que los pacientes *presentan* síntomas y que los terapeutas los observan y clasifican objetivamente es un presupuesto central no sólo de la psiquiatría de la época de Rosenhan, sino también de los desarrollos posteriores de la biopsiquiatría. Lo que se esconde tras las ideas de *presentación* y *observación* es una concepción de los síntomas mentales como *objetos ya dados* —esto es, independientes ontológicamente de la representación del terapeuta—, junto a una concepción de la labor de observación como un ejercicio de objetividad epistémica donde se representa adecuadamente —esto es, sin emitir juicios de valor y sin verse influenciado por el contexto— esa realidad independiente, que no es sino un *dato*:

first, mental symptoms were conceived as observable objects that are given in nature as we see and describe them; second, subjective interpretation was seen as a pejorative act because it undermines scientific rigor; and third, it was suggested that this ‘problem’ could be avoided by using a-priori defined operational diagnostic criteria. (Aragona y Marková 2015, 601).

¿Y si los síntomas mentales no fueran objetos ya dados en la naturaleza? ¿Y si la propia observación jugara un papel constitutivo en los síntomas? No quiero apuntar aquí a la relevancia del contexto en la observación, ni a la construcción pragmática del conocimiento psiquiátrico, sino más bien a la construcción discursiva de los síntomas mentales, esto es, al poder causal que el discurso —los conceptos disponibles, las prácticas psiquiátricas, etc.— tiene en la propia constitución de los síntomas mentales. En estos términos, presentaré ahora las líneas maestras del modelo de formación de los síntomas mentales del *Cambridge Group*.²⁶ En el siguiente capítulo, me extenderé en su desarrollo e implicaciones.

Este grupo articula un modelo de formación de los síntomas mentales donde las llamadas *afecciones subjetivas* —los síntomas que el propio paciente refiere, como por ejemplo sentirse triste o tener alucinaciones visuales— se encuentran co-construidas por parte del individuo y del terapeuta (Aragona y Marková 2015; Berrios 2013; 2011b; Marková y Berrios 2012). Según este grupo, sólo cuando dilucidemos la auténtica estructura de los síntomas mentales podremos avanzar en su investigación; “the view of the Cambridge Group is that the structure of psychiatric objects is not eternal but is determined by the manner, the period and the cultural purpose of their construction” (Berrios 2013, 42). No obstante, esto no significa que los síntomas mentales sean meros constructos sociales, sino que son *objetos híbridos*, formados por (1) un núcleo físico, sujeto a configu-

²⁶ *Cambridge Group o Cambridge School*, según lo explica su líder, Germán Berrios, es “el nombre colectivo para más de 50 académicos internacionales (principalmente médicos clínicos) que han trabajado sucesivamente durante un período de más de 34 años en Cambridge y han participado en la tarea permanente de revolucionar la psiquiatría” (Berrios 2011a, XIV). Entre ellos se encuentran también los anteriormente citados Massimiliano Aragona e Ivana Marková.

ración cultural; y (2) una densa envoltura semántica, que controla, conforma y a veces incluso anula el núcleo físico (Berrios 2011b; Marková y Berrios 2012). Conforme lo expone Ivana Marková (2018):

psychiatry and its objects (mental symptoms and mental disorders) are hybrid in constitution.²⁷ In brief, this means that mental symptoms and mental disorders are constituted through the interaction of both neurobiological processes and “semantic” processes. “Semantic” in this sense refers to meaning in a wide sense as constructed and derived from various sources including the society, culture, and historical epoch in which one is embedded, personality factors, past experiences, dialogical processes and so on. (p. 794).

La propuesta del Cambridge Group no sólo nos lleva a formular una nueva epistemología de la psiquiatría teniendo en cuenta la variabilidad de la descripción de los síntomas mentales en diferentes culturas y períodos históricos, sino que introduce la interpretación hasta la propia estructura del síntoma, poniendo en cuestión ese presupuesto que estamos explorando, a saber, que un paciente *presenta* síntomas

²⁷ Probablemente, aquí Marková debiera haber empleado otra formulación para distinguir la naturaleza híbrida de la psiquiatría de la propia de sus objetos. La constitución híbrida a la Marková se refiere para la psiquiatría apunta, más bien, a lo que venimos llamando construcción social pragmática; esto es, al hecho de que nuestros esquemas clasificatorios se ven influenciados por factores sociales (esos mismos que Marková refiere unas líneas más adelante). La constitución híbrida de los síntomas y trastornos mentales es, en cambio, de otra naturaleza: conforme aquí lo interpreto, lo que Marková pretende es expresar una tesis metafísica, según la cual el propio síntoma es de naturaleza neurobiológica y semántica —social, cultural, histórica, personal, dialógica, etc.—; esto es, se encuentra construido discursivamente. Como decía, no obstante, volveré sobre el modelo de formación de síntomas causales del Grupo de Cambridge en el próximo capítulo.

y que estos son objetos ya dados. Primero, el propio sujeto construye los síntomas según las herramientas conceptuales de que dispone para comprender sus afecciones subjetivas; después, en el encuentro clínico, estos síntomas pueden ser reconstruidos mediante el diálogo con el terapeuta, al ofrecer este su interpretación. Es por ello que los síntomas mentales se hallarían co-construidos.

Como digo, explicaré con mayor detalle este modelo de formación de los síntomas mentales en el siguiente capítulo. De momento, lo que aquí me interesa mostrar, en conexión también con lo que recién expuse sobre Rosenhan, es que, si el modelo de formación de los síntomas mentales del Cambridge Group es correcto, no sería posible escapar de la interpretación del terapeuta, no solamente en la evaluación de los síntomas, sino en su propia constitución. La influencia de la interpretación no se queda en el terreno epistemológico, sino que pasa al ontológico hasta penetrar en la estructura del propio síntoma mental, confrontando esa imagen del síntoma mental como algo ya dado y revelando su naturaleza, en parte, construida. Este segundo punto es importante, pues si la aportación del Cambridge Group se agotara en señalar que el lenguaje de la psiquiatría ha variado a lo largo de la historia, no estaría señalando algo que le confiriera un estatus especial o que afectara únicamente a esta disciplina, pues incluso las ciencias naturales han redefinido sus conceptos y han sufrido importantes cambios de paradigma. Lo relevante de esta aportación es que constata que (1) el lenguaje descriptivo y la nosología de la psiquiatría han sufrido importantes transformaciones; (2) el lenguaje con que los pacientes narran sus síntomas, así como el significado asociado, está en continuo cambio; (3) tales variaciones son importantes a nivel ontológico, pues configuran la propia estructura de los síntomas mentales y no únicamente su descripción.

El modelo de formación de los síntomas mentales del Grupo de Cambridge confronta la concepción extendida de la biopsiquiatría de los síntomas y trastornos mentales. Como sostenían Aragona y Marková en el pasaje citado anteriormente, la interpretación se ha concebido en este marco como algo peyorativo, carente del rigor necesario para una disciplina que intenta convertirse en ciencia. Esto, como ya he señalado, puede leerse nuevamente como un rechazo por el método idiográfico, pues para comprender el padecimiento del paciente no se busca lo que en él hay de particular, sino que se subsume bajo unos conceptos generales, conforme quedan recogidos en los criterios diagnósticos.

A este respecto, es importante mencionar la introducción de las escalas de evaluación en psiquiatría como un medio objetivo de medición de los síntomas mentales, pues contienen una serie de presupuestos epistemológicos nada despreciables. Según narra Germán Berrios, las escalas fueron paulatinamente introducidas en psiquiatría a partir de los años cincuenta —tras su implementación en psicología para medir constructos como la inteligencia— para servir a los intereses de la industria farmacéutica en la evaluación de los tratamientos psicofarmacológicos. Un claro ejemplo de ello sería la escala Hamilton para la Depresión, especialmente diseñada para evaluar la eficacia de los antidepresivos, y que posteriormente ha sido ampliamente usada, incluso más allá del contexto para el cual fue diseñada (Berrios 2011a, 294; Berrios y Bulbena-Villarasa 1990). A pesar de que al principio hubo cierta reticencia en la aceptación de las escalas de evaluación —pues se consideraba que los síntomas mentales eran difícilmente *cuantificables*— poco a poco fueron más aceptadas y empleadas, siguiendo el espíritu científico que vengo describiendo a lo largo de este trabajo, pues las puntuaciones que arrojaban eran susceptibles de ser manipuladas estadísticamente.

Las escalas formaron también parte de la respuesta a la necesidad de objetividad y fiabilidad que presentaba la psiquiatría:

Se cree que las escalas de evaluación son “objetivas”. Este término connota adjetivos adicionales: válidas, fiables, científicas, buenas, leales, no subjetivas, vendibles, mejores que otros enfoques, etc. Por lo tanto, las escalas de evaluación son consideradas por muchos como una forma de evaluación superior a una gran charla o a la entrevista clínica. (Berrios 2011a, 299).

Los problemas que estas escalas presentan y que no pueden ser abordados únicamente por medio de la investigación empírica son, al menos, dos: en primer lugar, es necesario clarificar qué tipo de información o significado es susceptible de medición; en segundo lugar, habría que precisar qué pérdida semántica se produce al traducir los síntomas mentales a ítems de una escala. Otro problema, ligado a las contingencias de su desarrollo, tiene que ver con el tipo de ítems que se incluyen, pues, como ocurrió en el caso de la evaluación de los síntomas de la depresión, la escala Hamilton únicamente recogió afecciones susceptibles de variar en un periodo específico —reducido— de tiempo, de modo que tales cambios pudieran ser registrados por los ensayos clínicos destinados a mostrar la eficacia de un psicofármaco.

Las escalas se han entendido como *espejos de la naturaleza*, capaces de mapear y traducir a números la estructura de los síntomas mentales. El problema epistemológico surgiría a la hora de codificar en ítems la información semántica que conllevan los síntomas mentales:

Los “ítems” son las “unidades de análisis” de las escalas psiquiá-

tricas. Se cree que son sustitutos semánticos y matemáticos de los atributos, las dimensiones o las expresiones de los fenómenos bajo medición. [...] Todos estos contenidos se hacen para obtener un número. A través de su contenido, a cada ítem también se le hace cumplir una función sustitutiva y el éxito de cualquier escala depende de la calidad de su sustitución. (Berrios 2011a, 296-97).

A pesar de estas observaciones, Berrios no apuesta por la erradicación de las escalas de evaluación en psiquiatría, pues son fundamentales para poder encontrar los correlatos neurológicos de los síntomas mentales, sino que defiende que deben convivir con una psicopatología descriptiva de corte más clásico, donde también se recoja la información semántica que una entrevista clínica puede proveer, la cual difícilmente va a ser representada adecuadamente por ítems estandarizados. A este respecto, Berrios y Marková hacen una apreciación interesante sobre el triunfo de las escalas de evaluación, y es que este se basa en “the (wrong) view that interviews are subjective” (Berrios y Marková 2002a, 14). A pesar de que no explican por qué tachan tal creencia como errónea, podríamos aventurarnos a suponer que pueden estar apuntando a dos cuestiones: la primera, que las entrevistas no se componen de juicios de valor o preferencias expresadas por el terapeuta —de manera contraria a lo que defendía Rosenhan—, sino que mediante ellas se intenta interpretar los síntomas del paciente a través de las herramientas conceptuales disponibles en la época; la segunda, que, en cualquier caso, las entrevistas clínicas no son más subjetivas que las escalas de evaluación, si por subjetividad entendemos la selección e interpretación de la información que resulta relevante para el diagnóstico: a pesar de estar estandarizadas —o, más bien, por ello— las escalas de

evaluación también seleccionan la información relevante para el diagnóstico y, además, al codificarla en ítems, reformulan la narración que el paciente realiza de sus síntomas, de modo que, así mismo, nos vemos frente a un proceso de construcción de los síntomas que, en cualquier caso, no son *descritos* conforme *aparecen*. Es más, podría argumentarse que el proceso de construcción al que se someten los síntomas mentales es mucho mayor si empleamos escalas de evaluación que si los describimos de una manera más clásica, puesto que precisamente para poder estandarizadas han de codificar la información en sus ítems, proceso en el cual se produce una pérdida semántica.

Volveré sobre estas cuestiones en el próximo capítulo, cuando aborde la concepción de la enfermedad mental como enfermedad cerebral y el uso de herramientas de neuroimagen para la localización cerebral de los síntomas mentales. Dejemos ahora a un lado la cuestión de la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico y abordemos el otro reto que ha habido de enfrentar la psiquiatría, el de la validación nosológica. Así como ligada a la cuestión de la fiabilidad se ha introducido la concepción de la realidad de los síntomas mentales como objetos ya dados, los programas de validación de la nosología psiquiátrica han adoptado una aproximación *realista* mediante la concepción de las enfermedades mentales como clases naturales, y más concretamente, como clases biológicas.

LAS ENFERMEDADES MENTALES COMO CLASES NATURALES

En 1970, Eli Robins y Samuel Guze publicaban un influyente artículo proponiendo un método para validar los diagnósticos psiquiátricos, consistente en cinco fases: (1) descripción clínica, la cual incluye los síntomas, pero también la edad, sexo, factores desencadenantes, etc.; (2) pruebas de laboratorio, entre las que se incluyen estudios

químicos, fisiológicos, radiológicos y anatómicos, además de ciertos tests psicológicos que hayan mostrado ser fiables y reproducibles; (3) delimitación frente a otros trastornos: dado que síntomas similares y resultados de laboratorio similares pueden aparecer en diferentes trastornos, es preciso establecer criterios para diferenciarlos, así como para esclarecer los casos *borderline*; (4) estudios de seguimiento: en la mayoría de trastornos psiquiátricos no se conoce la etiología, por lo que los diferentes desarrollos en el curso de las enfermedades son los que nos llevan a comprender si se trata de una única enfermedad o de más; y (5) estudios sobre familiares: encontrar una alta prevalencia de un trastorno entre los familiares se considera un indicador positivo de que se trata de la misma enfermedad.

Estos mismos criterios de validación aparecieron dos años más tarde en los aún más influyentes *Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research* (Feighner et al. 1972), más popularmente conocidos como los *Feighner criteria*, pues John Feighner era quien encabezaba la lista de autores. Los *Feighner criteria* no sólo incluían las cinco fases de validación, sino que también recogían criterios diagnósticos para catorce enfermedades mentales, las cuales habían sido supuestamente validadas según la metodología que proponían en ese mismo artículo. Estos criterios son considerados un hito en la psiquiatría contemporánea, constituyendo una de las mayores influencias en el desarrollo del aún más popular DSM-III: “The historical record shows that the small group of individuals who created the Feighner criteria instigated a paradigm shift that has had profound effects on the course of American and, ultimately, world psychiatry” (Kendler, Muñoz, y Murphy 2010, 140). En primer lugar, introdujeron por primera vez de manera sistemática la aplicación de categorías diagnósticas operacionalizadas —categorías que definían un listado de criterios diagnósticos claros para la identificación y medición

de las diferentes patologías mentales—, las cuales serían posteriormente el sello de identidad del DSM-III. En segundo lugar, situaron como característica definitoria de las enfermedades mentales su curso y resultado. En tercer lugar, impulsaron un programa de investigación basado en datos empíricos que permitieran validar las categorías psiquiátricas.

En reseñable este tercer punto, pues estos datos empíricos habrían de provenir de pruebas de laboratorio que sirvieran para elaborar y refinar las clasificaciones. Aquí observamos ya la esperanza de que los hallazgos biológicos fueran relevantes para la nosología y el diagnóstico psiquiátrico, a pesar de que “consistent and reliable laboratory findings have not yet been demonstrated in the more common psychiatric disorders” (Feighner et al. 1972, 57) — una aseveración que, como veremos, sigue siendo verdadera hoy en día—. Sin embargo, se seguía manteniendo la idea de que las pruebas de laboratorio son superiores a la descripción clínica: “Laboratory findings are generally more reliable, precise, and reproducible than are clinical descriptions” (Feighner et al. 1972, 57). Aunque esta afirmación puede ser cierta en el caso de la medicina física, aún está por dirimir que, en efecto, las pruebas de laboratorio sean más fiables, precisas y reproducibles que las descripciones clínicas en psiquiatría; básicamente porque aún no les hemos encontrado su utilidad, más allá de descartar problemas neurológicos que puedan dar lugar a síntomas mentales, como por ejemplo la presencia de un tumor. En cualquier caso, esta afirmación encierra una inclinación a adoptar una mirada biologicista sobre la enfermedad mental, conceptualizando la validación de las categorías diagnósticas a través del descubrimiento de los supuestamente subyacentes mecanismos biológicos.

Tal inclinación no es de extrañar, pues ya hemos visto en la pri-

mera parte de este trabajo que la propia definición de enfermedad mental ha estado frecuentemente ligada a la noción de enfermedad física, considerándose que su legitimidad varía en función de si el concepto de enfermedad rastrea, en última instancia y de un modo u otro, un hecho biológico. Plantear la validación de las categorías psiquiátricas a través del descubrimiento de sus mecanismos biológicos ha sido una manera de salvar las críticas a la legitimidad de los diagnósticos psiquiátricos; movidos por la creencia, además, de que esta aproximación nos permitiría predecir el curso de una enfermedad y resultaría útil para su tratamiento. A pesar de que en las líneas dedicadas en los *Feighner criteria* a la fase de estudios de seguimiento se afirma que hay que dejar espacio a la posibilidad de que un mismo trastorno tenga un curso y resultado diferente según el individuo y el contexto, lo cierto es que estos validadores buscaban maximizar la homogeneidad de los miembros que quedan subsumidos bajo cada clase —lo cual es muestra nuevamente del enfoque nomotético que ya he mencionando—, de manera que si los pacientes diagnosticados con cierta enfermedad mostraban cursos demasiado diferentes, esto sería indicativo de que, en realidad, no se trataría de la misma patología, sino de dos o más diferentes.

En los criterios de validación de Feighner encontramos la creencia de que la nosología psiquiátrica no recoge meras agrupaciones convencionales de síntomas que resultaban útiles para la práctica, sino que tales agrupaciones rastrean —con mayor o menor fortuna, pues asumían que las clasificaciones habrían de refinarse— una realidad independiente de la clasificación, con nítidas diferencias entre unas enfermedades y otras. Se albergaba la esperanza de que al mejorar la fiabilidad del diagnóstico podríamos refinar las categorías para hacer emerger las entidades que hay tras ellas, lo cual nos conduciría a una nosología válida. Retengamos esta idea.

Para llegar a este soñado escenario, se pensó que un primer paso necesario era el de lograr la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico: a partir de aquí, cuando se establecieran unos criterios diagnósticos comunes, se podría empezar una labor de refinamiento de las categorías para lograr descubrir la realidad que tras ellas se escondía; para ello, la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* supuso un punto de inflexión.

En 1980, la American Psychiatric Association publicó el DSM-III, cuya gran novedad respecto a las ediciones anteriores consistía en recoger de forma sistemática definiciones operacionalizadas para el diagnóstico de los trastornos mentales. El DSM-III logró una fama y aceptación mundial, lo cual se plasmó en el hecho de que en 1992 la Organización Mundial de la Salud lanzó su décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE, por sus siglas en español; ICD, por sus siglas en inglés), siguiendo el modelo de las definiciones operacionalizadas del DSM y siendo prácticamente un calco de este. Tal fama y aceptación fue conseguida por el avance que suponían sus categorías y lo relativamente sencillo que era llegar a un diagnóstico a través de ellas. Además, otro aspecto fundamental para su amplia aceptación fue el hecho de que se presentó como un manual ateórico respecto de la etiología de los trastornos —esto es, que en principio no avanzaba explicaciones sobre su origen—, lo cual facilitó que terapeutas de cualquier escuela pudieran emplearlo para realizar sus diagnósticos. Así, el DSM-III aumentó la fiabilidad del diagnóstico, pues logró asentar el tan necesitado consenso que posibilitaría la creación de un conocimiento consistente de los trastornos mentales.²⁸ No obstante, a pesar de no posicionarse explícitamente

²⁸ La cuestión de la fiabilidad del DSM está últimamente sido objeto de grandes controversias, pues ciertas evidencias apuntan al hecho de que la última versión del manual, el DSM-5, ha supuesto un importante paso atrás. En este sentido, Allen Frances —presidente del comité de redac-

respecto de la etiología de los trastornos, son muchos quienes consideran que, de hecho, su orientación era biologicista y ayudó a sentar las bases para la expansión de la biopsiquiatría, además de la expansión diagnóstica:

DSM-III resulted from and promoted the victory of biological psychiatry over the psychological and social models that until then were its serious competitors. In the early dawn of its triumph, the biological model was presented with a realist, reductionist flourish [...]. Mental disorders were real entities that existed “out there.” The process of scientific discovery would elucidate their etiology and pathogenesis using the powerful new methods of neuroscience, imaging, and genetics. (Frances 2013a, 96).

Detengámonos aquí. La idea que aquí Frances presenta de los trastornos mentales como *entidades reales* ha sido interpretada en términos de clases naturales, lo cual ha originado un extenso debate sobre si las enfermedades mentales son, en efecto, clases naturales (ver, por ejemplo: R. Cooper 2013; Haslam 2000; Kincaid y Sullivan 2014; Zachar 2000a). A mi juicio, sin embargo, la concepción más característica que la biopsiquiatría ha puesto en juego no es la de clase natural, sino más restringidamente, la de clase biológica. Para desarrollar esta cuestión, es preciso primero abordar el concepto de clase natural, lo cual no es una tarea fácil. Seleccionaré tres de las características que se listan en la *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Bird y Tobin 2018) asociadas a las clasificaciones de clases naturales y que, a mi parecer, son las que resultan más importantes para

ción del DSM-IV— ha llegado a afirmar que “[the] results of the DSM-5 field trials are a disgrace to the field.” (Frances 2017).

comprender la concepción de las enfermedades mentales en el DSM: (1) los miembros de una clase natural deben tener en común algunas propiedades naturales, (2) las clases naturales deben permitir inferencias inductivas,²⁹ (3) las clases naturales deben ser categóricamente distintas.

La primera característica resulta de especial relevancia y es la que me lleva a plantear que sería más adecuado afirmar que la biopsiquiatría ha concebido las enfermedades mentales como clases biológicas. ¿Qué son las propiedades *naturales*? Una manera de entender la naturalidad de las propiedades es en relación con una estructura fundamental del mundo. Las propiedades naturales serían aquellas que consiguen *cortar el mundo por sus articulaciones*.³⁰ Así pues, podríamos distinguir entre “*genuine features—features that are fundamental, that carve nature at the joints, whose sharing makes for similarity—and the rest*” (Sider 2011, 4). Las propiedades máximamente fundamentales son aquellas que consiguen cortar el mundo perfectamente por sus articulaciones.

Desde mi punto de vista, esta concepción es bastante cercana al espíritu que presentan el DSM-III y sus siguientes versiones.³¹ Los

²⁹ Una versión más fuerte de esta característica es que las clases naturales forman parte de las leyes de la naturaleza. No entraré aquí a tratar el problema que plantea postular la existencia de leyes psicológicas, pues la discusión en biopsiquiatría no se ha centrado sobre este aspecto, sino más bien sobre el del poder explicativo y predictivo de la nosología psiquiátrica.

³⁰ Con esta metáfora nos remitimos a una vieja imagen del mundo, según ya se describe en el *Fedro (265e)*, en boca de Sócrates: “ser [...] capaz de dividir en especies, según las articulaciones naturales, y no tratar de quebrantar parte alguna, a la manera de un mal carnicero”.

³¹ Nótese que no quiero con ello decir que Sider considere que las enfermedades mentales forman parte de la estructura fundamental del mundo, sino más bien expresar la idea de que se ha supuesto hay una realidad a la que nos aproximamos con nuestras clasificaciones psiquiátricas.

miembros que conforman las clases de clasificaciones como el DSM compartirían ciertas propiedades fundamentales que son las que dan cuenta de su similitud en la presentación de los síntomas y en el curso de las enfermedades. Con el proceso de *refinamiento* que posibilitaría el diagnóstico fiable, cada vez descubriríamos clases más fundamentales en tanto que nos acercáramos a las articulaciones de la naturaleza. El punto que aquí me interesa mostrar es que esas propiedades han sido para la biopsiquiatría propiedades biológicas: ellas son las que presumiblemente dan cuenta de la similitud y disimilitud de los pacientes, las que resultan explicativas y tienen poder inductivo; es por ello que las pruebas de laboratorio tienen un lugar central en el proceso de validación nosológica. Este me parece un punto importante porque creo, por el contrario, que es posible afirmar que una clasificación de las enfermedades mentales podría ser una clasificación de clases naturales sin asumir que las propiedades que determinan la pertenencia a una clase u otra son propiedades biológicas.

Podría argumentarse esta tesis de dos maneras diferentes: por una parte, poniendo en cuestión la noción de fundamentalidad, desde la cual se asume que lo biológico es más fundamental que lo psicológico o lo social.³² Esta idea parece que se ve cuestionada, en cierta medida, en el nuevo marco de investigación de la psicopatología, los *Research Domain Criteria* (RDoC); lo trataré en el apartado que a los RDoC dedico en este capítulo. El punto que ahora me interesa mostrar es que, si las propiedades fundamentales son aquellas *whose sharing makes for similarity*, y si hallamos que las propiedades psicológicas o sociales dan buena cuenta de la similitud de los miembros que las comparten, parece que podríamos considerar estas

³² Este trabajo ha sido llevado a cabo, por ejemplo, por Elizabeth Barnes (2014), en el marco del feminismo.

propiedades como fundamentales o naturales. Por ejemplo, es plausible que haber carecido de apego materno o estar sometido a una situación de desempleo continuado sean propiedades que consigan dar mejor cuenta de los síntomas y curso de la depresión que sus propiedades biológicas, como por ejemplo ciertos niveles de serotonina. Al presentar esta idea estoy suscribiendo la tesis de que la naturalidad no tiene que ver con una estructura fundamental del mundo ya dada, sino que tiene que ver con la similitud y que, además, es una cuestión de grados (Dupré 1993).

Otra vía estaría centrada en la segunda característica listada de las clases naturales: que han de permitir inferencias inductivas. Unida a esta idea aparece, además, la de que las clases naturales han de formar parte de explicaciones causales. ¿Por qué habríamos de asumir que sólo las clases que agrupen a sus miembros según sus propiedades biológicas nos van a permitir realizar inferencias inductivas, por ejemplo, sobre el curso de la enfermedad, o permitir explicaciones causales, por ejemplo sobre la conducta de los pacientes? Siguiendo el simplista ejemplo anterior, parece plausible que las clases que agrupen a sus miembros según estas propiedades psicológicas y sociales puedan permitirnos realizar inferencias sobre el curso de la enfermedad; así mismo, también parece plausible que puedan formar parte de explicaciones causales, para dar cuenta por ejemplo de la conducta de sus miembros (Haslanger 2015). Por lo tanto, si es posible concebir que las clases que agrupan a sus miembros por propiedades psicológicas o sociales son clases naturales porque pueden dar buena cuenta de su similitud, así como formar parte de inducciones y explicaciones, es pertinente subrayar que la concepción de las enfermedades mentales que encontramos en el DSM no sólo responde a la noción de clase natural, sino más restringidamente a la noción de clase biológica: de entre todas las agru-

paciones naturales para sus miembros, se ha elegido la biológica.

En este mismo sentido, creo que es posible suscribir una concepción realista de la validación nosológica sin suscribir la idea de que este proceso involucra el descubrimiento de los mecanismos biológicos subyacentes, esto es, en lugar de mecanismos biológicos podríamos descubrir mecanismos psicológicos o sociales. Desde mi punto de vista, lo esencial en la concepción realista de la validación nosológica es defender que en el mundo existen diferencias que nuestras clasificaciones psiquiátricas rastrean y que resultan relevantes para explicar y realizar inducciones sobre la enfermedad mental. Esta idea no nos compromete con la tesis de que tales diferencias han de encontrarse en la biología. Por lo tanto, sería posible realizar una aproximación realista a la validación nosológica que no pase por el descubrimiento de sus mecanismos biológicos subyacentes: es posible que *lo subyacente* se halle en la realidad social en lugar de en la realidad biológica.

Cuando los teóricos han interpretado que el propósito de la validación de las categorías del DSM era el de *descubrir las entidades reales de la naturaleza* (Aragona 2015, 36) o las *entidades reales que existen ahí fuera* (Frances 2013, 96) entienden que las entidades reales que están ahí fuera son de carácter biológico, pero este no ha de ser necesariamente el caso. En la validación del DSM están en juego dos ideas: que la clasificación no es convencional, esto es, que hay *algo* que unifica los diversos síntomas de los pacientes y nos permite trazar distinciones y agruparlos; y que ese *algo* ha de ser de naturaleza biológica. Así pues, se ha entendido que lograremos refinar nuestras categorías diagnósticas en la medida en que logremos desvelar esos mecanismos biológicos que subyacen en ellas, pero este refinamiento sería igualmente posible si los mecanismos fueran de corte psicológico o social.

Por otra parte, otra característica asociada a las clases naturales y que resulta importante en este contexto es la de que han de ser categóricamente distintas, esto es, que la línea entre ellas ha de estar nítidamente trazada. Esta característica no es unánimemente aceptada y parece un requisito demasiado fuerte para conformar clases naturales, pues no parece necesaria para conformar clases que resulten explicativas y que tengan potencial inductivo. Por ejemplo, la tabla periódica de los elementos es una clasificación que encaja perfectamente con esta idea de distinción categorial, pero las clases de la biología, como por ejemplo la clasificación de especies, no muestran esa diferencia nítida entre ellas. Esto podría llevarnos a concluir que las clases de la biología no son clases naturales, pero, teniendo en cuenta que son altamente explicativas y que permiten realizar inferencias, hay buenos motivos para cambiar nuestro concepto de clase natural en lugar de concluir que la clasificación de las especies no es una clasificación de clases naturales. Por lo tanto, las clases de la psiquiatría podrían ser naturales si resultan explicativas y permiten inducciones aun sin presentar una clara delimitación entre ellas, independientemente de que agrupen a sus miembros por propiedades biológicas o de otro tipo.

Desde el DSM, sin embargo, se asume que las enfermedades mentales son categóricamente distintas, esto es, que son entidades discretas, claramente delimitadas entre ellas y también frente a la normalidad.³³ A juicio de Robert Kendell y Assen Jablensky (2003), esa fue precisamente su debilidad:

those criteria implicitly assumed that psychiatric disorders are

³³ Cabe indicar, no obstante, que en el DSM-5 se ha querido introducir una aproximación dimensional para algunos trastornos, como por ejemplo los del espectro del autismo.

discrete entities and that the role of validity criteria is to determine whether a putative disorder, such as “good-prognosis schizophrenia” or paranoia, is a valid entity in its own right or a mild form or variant of some other entity. The possibility that disorders might merge into one another with no natural boundary in between [...] was simply not considered. (p. 5).

Me extenderé en los problemas que ha conllevado concebir las enfermedades mentales como categóricamente distintas en el siguiente apartado. Por ahora señalaré que, desde mi perspectiva, el problema no tiene tanto que ver con el hecho de que las categorías diagnósticas no rastreen entidades discretas, como con que, conforme expondré, no resultan demasiado explicativas ni tienen gran poder inductivo.

La idea que vengo defendiendo de que, de entre todas las clases naturales, la concepción de la biopsiquiatría de los trastornos mentales involucra clases biológicas, se hace más patente en la década siguiente a la aparición del DSM-III, esto es, en la llamada “década del cerebro”, los años 90. En 1995, Nancy Andreasen afirmaba que, si bien finalmente las “pruebas de laboratorio” (estudios anatómicos, radiológicos, etc.) que tenían en mente Robins y Guze como validadores no habían tenido éxito, “[w]hat has emerged, however, is an array of methods that are being applied to track mental illnesses back to the organ system from which they emanate, the brain, and to the aberrations occurring at a molecular level in DNA” (Andreasen 1995, 161). En este pasaje no sólo podemos constatar el entusiasmo de Andreasen por la orientación biológica de la psiquiatría, sino que también observamos cómo el cerebro se identifica abiertamente como el órgano del que *emanan las enfermedades mentales*; y es por ello que Andreasen propone una serie de nuevos validadores para co-

nectar los síntomas y los diagnósticos con sus sustratos neurales, *desde las moléculas hasta la mente*: genética, biología molecular, neuroquímica, neuroanatomía, neurofisiología y neurociencia cognitiva.

La esperanza es que las nuevas herramientas nos permitan observar patrones de anomalías que nos guíen para comprender cómo emergen las enfermedades o síntomas mentales a partir de las perturbaciones en la química cerebral o a partir de las alteraciones a nivel molecular, celular o en niveles superiores. Alcanzar este tipo de conocimiento es la meta de este segundo programa de validación, el cual no pretende sustituir lo propuesto previamente por Robins y Guze, sino complementarlo.

The validation of psychiatric diagnoses establishes them as “real entities”. What makes a diagnosis “real”? The earlier clinical and epidemiological approach used validators such as familial aggregation or a characteristic course and outcome to demonstrate clinical stability and glean indirect clues about mechanisms. Newer models of validation probe beneath such surface features and seek to identify actual neural or genetic mechanisms. Because it draws closer to actual causes, this second structural program for validation can give mental illnesses a powerful credibility. (Andreasen 1995, 162).

Antes de pasar al siguiente apartado, probablemente este sea un buen momento para traer brevemente de nuevo a colación a Thomas Szasz ([1961] 1972). Recordemos su argumento: las enfermedades mentales son un mito porque las únicas enfermedades reales son las que ocurren en el cuerpo. Y ahora, ¿qué convierte en “real” un diagnóstico, según Andreasen? Poder rastrearlo hasta el cuerpo: sólo lo

biofísico es capaz de dotar de realidad a la enfermedad mental. Observamos nuevamente lo que ya vimos en el capítulo anterior: cómo dos pensadores en las antípodas respecto a su valoración de la psiquiatría comparten un presupuesto tan básico acerca de la realidad de la enfermedad. Recordemos también el dilema que nos planteaba Christopher Boorse (1976): la psiquiatría debe abrazar el paradigma médico o reformularse enteramente y dejar de emplear el concepto de enfermedad, pues este sólo tiene cabida en el seno de la medicina. A tenor del desarrollo histórico, se hace patente que el camino que ha trazado mayoritariamente la psiquiatría ha sido el que la ha llevado a aproximarse a la medicina. Así pues, si bien había al menos dos maneras de afrontar las críticas de la antipsiquiatría que ponían en duda la realidad de la enfermedad mental —bien cuestionando que la única enfermedad *real* sea la corporal, bien cuestionando que la enfermedad mental carezca de bases biológicas—, queda claro que la manera en que mayoritariamente la psiquiatría ha buscado su legitimidad ha sido mediante la segunda vía, con una clara apuesta por su medicalización. Nótese también, por supuesto, que otra manera de afrontar las críticas habría sido replantear la práctica psiquiátrica fuera del paradigma biomédico.

LA (IN)VALIDACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS DEL DSM

Considerando que los programas de validación vieron la luz en 1970 y que el DSM-III lo hizo en 1980 —seguido posteriormente de una cuarta edición en 1984, y una quinta en 2013—, estamos en disposición de evaluar los resultados que ha ofrecido la concepción biomédica de la enfermedad mental tras décadas de investigación. La conclusión no es muy alentadora.

Podríamos comenzar citando a Steven Hyman, quien fuera director del National Institute of Mental Health y presidente de la Society

for Neuroscience estadounidenses. Hyman (2010) pone el foco sobre los hallazgos genéticos en psiquiatría y su relación con los validadores propuestos por Robins y Guze décadas atrás: “Far from providing the predicted validation of schizophrenia or any other mental disorder as categories delineated from all others, family and genetic studies have dramatically undercut the Robins & Guze (1970) approach to classifying psychopathology” (p. 169). Según el ex-director del NIMH, cuando Robins y Guze propusieron sus validadores, “they could not have imagined the high degree of genetic complexity that would be found to characterize mental disorders” (p. 169). Por lo tanto, dada esta complejidad:

it is not surprising that the Robins & Guze (1970) validators have not converged onto natural kinds. The wholesale adoption by the DSM-III [...] of phenomenologically based operationalized criteria in the service of interrater reliability, and of a wholly categorical approach to disorder, unwittingly exacerbated the difficulty of capturing etiologically diverse and phenotypically heterogeneous syndromes. (Hyman 2010, 170).

Este sentir es compartido por Thomas Insel, quien tomó el relevo de Hyman al frente del NIMH y se muestra igualmente crítico con el programa de validación del DSM —pero no nos confundamos y pensemos que esto implica el abandono de la biopsiquiatría; por el contrario, como en seguida veremos, tan sólo implica un cambio de enfoque, radical, en el uso de las herramientas biomédicas—:

Current versions of the DSM and ICD have facilitated reliable clinical diagnosis and research. However, problems have increasingly been documented over the past several years, both in

clinical and research arenas [...]. Diagnostic categories based on clinical consensus fail to align with findings emerging from clinical neuroscience and genetics. The boundaries of these categories have not been predictive of treatment response. And, perhaps most important, these categories, based upon presenting signs and symptoms, may not capture fundamental underlying mechanisms of dysfunction. (Insel et al. 2010, 748).

Cuando Insel habla de los mecanismos subyacentes de disfunción tiene el ojo puesto en los mecanismos biológicos. Mi postura es que tales mecanismos pueden incluir factores psicológicos o sociales que resulten igual de fundamentales. Como ya he señalado, por lo tanto y desde mi punto de vista, el mayor problema de estas clasificaciones no estriba en que han fallado a la hora de alinearse con los hallazgos de la neurociencia y la genética: esto sólo es un problema si partimos de una determinada relación mente-cuerpo, como veremos en el próximo capítulo. Los aspectos más problemáticos tienen que ver con la incapacidad predictiva, tanto de la respuesta al tratamiento como del curso de las distintas enfermedades, como con el hecho de que no consiguen rastrear adecuadamente los factores que las causan. Además, la actual nosología psiquiátrica presenta importantes problemas en el ámbito clínico. Uno de ellos es el de la comorbilidad, esto es, la ocurrencia de “two or more diseases, with distinct aetiopathogenesis (or, if aetiology is unknown, with distinct pathophysiology of organ or system), that are present in the same individual in a defined period of time” (Aragona 2009, 3). La comorbilidad supone un problema para la psiquiatría porque ocurre de manera demasiado frecuente, tanto que, de hecho, no aparece sino como un *artefacto* introducido por unas categorías diagnósticas basadas en la agrupación convencional de síntomas (Aragona 2009;

Mellor Marsá y Aragona 2009). Además de la comorbilidad, en la clínica aparece otro problema, el de la heterogeneidad de los pacientes que son diagnosticados con un mismo trastorno:

DSM categories have the bizarre property of being both too broad (in the sense that they identify remarkably heterogeneous populations) and too narrow (in the sense that, given the large number of arbitrary DSM diagnostic silos, many if not most patients with a single DSM diagnosis actually qualify for two or more.) (Casey et al. 2013, 812).

De hecho, la heterogeneidad puede llegar hasta tal punto que, en ciertos trastornos —como por ejemplo el Trastorno Depresivo Mayor o el Trastorno Límite de la Personalidad— los pacientes diagnosticados tan sólo presentan un único síntoma en común. Por si esto fuera poco, un tercer problema se genera a raíz de promulgar criterios operacionalizados altamente específicos, a saber: “that many patients meet no criteria and receive the diagnosis of Not Otherwise Specified (NOS)” (Hyman 2010, 173).

En resumen, la aproximación categorial del DSM es responsable de generar con excesiva frecuencia: pacientes que cumplen los criterios para múltiples diagnósticos, pacientes que —a pesar de mostrar síntomas— no cumplen los criterios para ningún diagnóstico y pacientes que, a pesar de compartir diagnóstico, no comparten más que un único síntoma. Todos estos problemas tienen, además, un impacto en la investigación, pues los estudios a menudo confrontan grupos de pacientes que muestran formas típicas de un trastorno —con síntomas marcados y sin comorbilidades— frente a controles *supernormales*, esto es, sin historial alguno del más mínimo problema psiquiátrico (Kozak y Cuthbert 2016). Esta práctica supone una

importante distorsión de la distribución de los síntomas mentales en los pacientes que acuden a los entornos terapéuticos; y, sin duda, tiene diversas consecuencias perniciosas, como por ejemplo la dificultad que introducen a la hora de mostrar la eficacia de distintos tratamientos. Estos problemas nos llevan a pensar que las actuales categorías diagnósticas son muy poco naturales, esto es, que no consiguen agrupar a miembros que tengan una alta similitud entre ellos.

Los síndromes clasificados, basados en el consenso clínico, no se han visto validados por las neurociencias ni la genética, y las fronteras establecidas para las diferentes enfermedades mentales carecen de potencial inductivo. Este proceder, desde la cuidadosa descripción clínica, hasta su etiología, no parece estar dando sus frutos, pues como ya nos ha mostrado anteriormente la historia, síndromes que se presentan clínicamente distintos pueden, no obstante, compartir la misma etiología, y viceversa.

Ante esta situación, algunos comienzan a asumir que la empresa de construir nosologías que capten entidades discretas está abocada al fracaso, por la propia naturaleza de la enfermedad mental y por nuestras posibilidades epistemológicas: “The desirable goal of having a classification consisting of mutually exhaustive, nonoverlapping mental disorders is simply impossible to meet.” (Frances 2013a, 97). No obstante, el mismo psiquiatra que afirma esto, Allen Frances, también sostiene que los manuales como el DSM o la CIE siguen siendo útiles en la clínica, pues su cometido no es el de *encontrar una verdad*, sino más bien el de forjar un lenguaje común, lo cual es valioso para cumplir ciertos propósitos a nivel social, como por ejemplo dar cobertura sanitaria a aquellos que la precisen. Por contra, otros autores expresan puntos de vista mucho más críticos, como es el caso de James Phillips (2013), quien declara la *bancarrotta conceptual* de la última promesa de la psiquiatría, el DSM-5, y nos

urge a un cambio de paradigma: “the DSM categories are in a state of conceptual bankruptcy, and further, that the DSM-5 salvage job will accomplish little beyond requiring us to purchase and learn to use a new manual” (p. 152).

CAMBIANDO EL ENFOQUE: LOS *RESEARCH DOMAIN CRITERIA* (RDoC)

Si bien en el terreno clínico puede haber cierta diversidad de opiniones sobre la utilidad del DSM o la CIE, su utilidad en el campo de la investigación no sólo se ve cuestionada, sino prácticamente descartada: es más que destacable el hecho de que, por los problemas expuestos, el National Institute of Mental Health (NIMH) estadounidense comenzara a dejar de lado la investigación basada en el DSM o la CIE, y lanzara en 2009 un nuevo proyecto, los *Research Domain Criteria* (RDoC), para crear un marco que permita la investigación multidimensional y, ulteriormente, conforme una nueva nosología (ver *Tabla 1*). A día de hoy, cabe recalcar, los RDoC no suponen una nueva clasificación diagnóstica, sino un marco desde el que investigar diferentes dominios funcionales relevantes para la psicopatología. Este marco consiste en una matriz dinámica para el estudio multidimensional del continuo entre el funcionamiento normal y patológico, organizado en diferentes constructos y desde diferentes unidades de análisis.

The matrix is a dynamic structure that currently focuses on six major domains of human functioning (e.g., Negative Valence Systems, Cognitive Systems). Contained within each domain are several behavioral elements, or *constructs*, that comprise different aspects of its overall range of functions. Constructs are studied along a span of functioning from normal to abnormal with the understanding that each is situated in, and affected by, envi-

ronmental and neurodevelopmental contexts. Measurements of constructs can be made using several different classes of variables, or *units of analysis*, which include genetic, physiological, behavioral, and self-report assessments. (National Institute of Mental Health s. f.).

Este enfoque no sólo es totalmente novedoso, sino que abandona por completo el intento de validación de las categorías diagnósticas del DSM. Las investigaciones que se llevan a cabo bajo los RDoC “might deconstruct any of the current categories or might identify core features (e.g., a deficit in working memory or anhedonia) that cross several of the current categories” (Insel 2014, 396). Así pues, ese movimiento *top-down* que se pretendía trazar desde la cuidadosa descripción de las categorías diagnósticas del DSM hasta su sustrato biológico se ha visto reemplazado por un enfoque donde los constructos que se analizan son transversales a tales categorías y, además, su funcionamiento se comprende a lo largo de un continuo entre lo normal y lo patológico. Así pues, en lugar de realizar esta aproximación *top-down*, ahora se busca invertir el camino: comenzar por unos constructos válidos que puedan ulteriormente informar una nosología.

| DOMAINS/CONSTRUCTS | UNITS OF ANALYSIS | | | | | | | |
|--|-------------------|-----------|-------|----------|------------|----------|--------------|-----------|
| | Genes | Molecules | Cells | Circuits | Physiology | Behavior | Self-Reports | Paradigms |
| Negative Valence Systems | | | | | | | | |
| Acute Threat ("Fear") | | | | | | | | |
| Potential Threat ("Anxiety") | | | | | | | | |
| Sustained Threat | | | | | | | | |
| Loss | | | | | | | | |
| Frustrative Nonreward | | | | | | | | |
| Positive Valence Systems | | | | | | | | |
| Reward Responsiveness | | | | | | | | |
| Reward Learning | | | | | | | | |
| Reward Valuation | | | | | | | | |
| Cognitive Systems | | | | | | | | |
| Attention | | | | | | | | |
| Declarative Memory | | | | | | | | |
| Language | | | | | | | | |
| Cognitive Control | | | | | | | | |
| Working Memory | | | | | | | | |
| Social Processes | | | | | | | | |
| Affiliation and Attachment | | | | | | | | |
| Social Communication | | | | | | | | |
| Perception and Understanding of Self | | | | | | | | |
| Perception and Understanding of Others | | | | | | | | |
| Arousal/Modulatory Systems | | | | | | | | |
| Arousal | | | | | | | | |
| Circadian Rhythms | | | | | | | | |
| Sleep-Wakefulness | | | | | | | | |
| Sensorimotor Systems | | | | | | | | |
| Motor Actions | | | | | | | | |
| Agency and Ownership | | | | | | | | |
| Habit - Sensorimotor | | | | | | | | |
| Innate Motor Patterns | | | | | | | | |

Tabla 1. Research Domain Criteria Matrix. Elaborada a partir del sitio web del NIMH (National Institute of Mental Health s. f.).

El presupuesto del que parten los RDoC es que el funcionamiento normal conductual depende del funcionamiento normal de ciertos sistemas psicobiológicos, recogidos a día de hoy en seis dominios funcionales, los cuales agrupan, a su vez, diversos constructos y sub-constructos: sistemas de valencia negativa, sistemas de valencia positiva, sistemas cognitivos, sistemas para los procesos sociales, sistemas de activación y regulación, y sistemas sensoriomotores. Por ejemplo, en los sistemas de valencia negativa encontramos constructos como el miedo o la ansiedad; en los sistemas cognitivos tenemos constructos como la atención o la percepción —donde hallamos, entre otros, los subconstructos de la percepción visual y la percepción auditiva—, etc. La idea sobre la que trabajan los RDoC es que todos estos dominios funcionales, constructos y subconstructos, son relevantes para el estudio de la psicopatología, el cual debe seguirse de la comprensión del funcionamiento normal en tales dominios. Una vez conozcamos este funcionamiento —habiéndolo mapeado en las diferentes unidades de análisis, esto es, en genes, moléculas, circuitos, fisiología, comportamiento y auto-reportes— seremos capaces de identificar la disfunción —y, en última instancia, conformar a partir de aquí unos criterios diagnósticos—. La pregunta por cómo los RDoC podrían conformar las nosologías del futuro aún está por resolver, aunque Michael Kozak y Bruce Cuthbert se aventuran a proponer que:

in future, mental illness might be considered largely as problems in psychological and related neurobiological systems, rather than as consensually organized clinical phenomena. [...] From the RDoC perspective, psychopathology, or “biopsychopathology,” eventually might be conceptualized as extremes on psy-

chobiological dimensions that are linked to narrowly determined (in the sense of homogeneity of mechanism) clinical problems. In principle, such deviations could occur at either end of the distribution of a phenomenon of interest. For example, abnormal responses to threat might involve either excessive fear or pathological fearlessness, contributing to phobic or psychopathic clinical phenotypes (Patrick & Bernat, 2010). (Kozak y Cuthbert 2016, 288).

Por ahora, el objetivo es bastante más limitado, aunque no por ello modesto:

the business of RDoC is to concentrate on developing new measures to characterize these constructs with respect to the various units of analysis, and then to validate the constructs using the nomological net approach that has classically been used for construct validation in psychology (MacCorquodale & Meehl, 1948). (Cuthbert y Kozak 2013, 930).

Detengámonos aquí, pues tenemos sobre la mesa un par de conceptos que precisan análisis: constructos y redes nomológicas; ambos relevantes para comprender cómo se resuelve el problema de la validación en los RDoC y cómo se podría concebir la realidad de los trastornos psiquiátricos.

Constructos hipotéticos

En primer lugar, desde el NIMH se presenta a menudo la idea de que los constructos de los RDoC son *constructos hipotéticos*, en el sentido en que se describe en el artículo de Kenneth MacCorquodale y Paul Meehl (1948). Acudamos, pues, a ese artículo fundacional para

detallar en qué consisten los constructos hipotéticos. MacCorquodale y Meehl escriben su artículo de 1948 para defender la importancia de distinguir entre *intervening variables* y *hypothetical constructs*. Tras diversas argumentaciones, sugieren que la distinción entre ambos conceptos puede establecerse de la siguiente manera: “The distinction is between constructs which merely abstract the empirical relationships [intervening variables] and those constructs which are ‘hypothetical’ (*i.e.*, involve the supposition of entities or processes not among the observed)” (MacCorquodale y Meehl 1948, 106-7). Las variables intermedias sirven únicamente para agrupar relaciones empíricas —en este sentido, conforme señalan los autores, son como los conceptos disposicionales del prominente miembro del Círculo de Viena, Rudolf Carnap—. Por contra, los constructos hipotéticos “have a cognitive, factual reference in addition to the empirical data which constitute their support” (p. 107). Además, los constructos hipotéticos:

are not wholly reducible to empirical terms; they refer to processes or entities that are not directly observed (although they need not be in principle observed); the mathematical expression of them cannot be formed simply by a suitable grouping of terms in a direct empirical equation; and the truth of the empirical laws involved is a necessary but not a sufficient condition for the truth of these conceptions. (p. 104).

Así definidos los términos, la validez de las variables intermedias sólo puede verse cuestionada si ponemos en duda los hechos que agrupan. Su utilidad, en cambio, puede ser puesta en cuestión siempre que consideremos que no cumplen bien su cometido de ser abreviaturas de hechos empíricos. Por su parte, en lo que respecta a los

constructos hipotéticos, en tanto que estos afirman la existencia de entidades o la ocurrencia de eventos no reducibles a lo observable, “it would seem to some of us that it is the business of a hypothetical construct to be ‘true’” (p. 104). Así pues, estamos en posición de demandarles a los constructos hipotéticos que tengan “some probability of being in correspondence with the actual events underlying the behavior phenomena, *i.e.*, that the assertions about hypothetical constructs be true” (p. 105). Así, la validez de los constructos hipotéticos dependerá de si, en efecto, se hallan en correspondencia con una realidad independiente de ellos.

Leyendo a MacCorquodale y Meehl, una tiene la sensación de volver a estar frente a una empresa similar a la de la validación de las categorías del DSM. Por mucho que los impulsores del RDoC se esfuercen en marcar las diferencias entre su proyecto y el de la validación del DSM, lo cierto es que cabe resaltar una importante semejanza: que ambos conciben de manera realista su labor. Ciertamente que ahora no se trata de descubrir en la naturaleza las entidades que hay tras complejas categorías diagnósticas que agrupan toda una constelación de síntomas observados, pero una tendencia reificadora parece estar también presente en la introducción de los constructos hipotéticos de los RDoC (Faucher y Goyer 2015; Berenbaum 2013). De hecho, al leer el artículo de Kozak y Cuthbert (2016) donde se explica con detalle cómo fue el proceso de creación de la matriz de los RDoC —cómo se eligieron, consensuadamente y con apoyo en los datos empíricos, los constructos y unidades de análisis que inicialmente formarían parte de ella; y, además, cómo se espera que con futuros hallazgos empíricos tales constructos se *refinen*— es difícil evitar interpretar que por *refinación* se entienda otra cosa que aproximarse cada vez más a unas articulaciones naturales ya dadas, concretamente, a la estructura causal del mundo. En este sentido, los

constructos hipotéticos serían “a name for a ‘something’ which has a host of causal properties” (MacCorquodale y Meehl 1948, 105). Ahora bien, en el conocido artículo de Cuthbert e Insel (2013) donde pretenden asentar los *siete pilares de los RDoC*, podemos leer lo siguiente:

An important consideration is that the dimensions, as behavioral entities tied to neural systems, are always dependent upon the march of research to continually refine and evolve a scientific understanding of their function and of their implementing circuits. In this sense, the dimensions represent ‘constructs’ as classically defined in psychological research [...], and this term was adopted for RDoC to emphasize that they will (and should) always be subject to further validation and revision. (p. 4).

Tal vez estas líneas, junto a la siguiente cita, pudieran llevarnos a pensar, por contra, que no existe en los miembros del NIMH un ánimo reificador, por más que en el artículo de MacCorquodale y Meehl que sirve para concebir el aparato teórico de los RDoC se insista en que quien maneja constructos hipotéticos está postulando la existencia de entidades o procesos que, de hecho, se dan en el mundo — y, por más que la noción de *refinación* nos despierte tal idea—:

While some concerns have been expressed that the constructs may be subject to the same reification as *DSM* disorders, they are intended to be subject to continual, empirically based modifications in the natural course of grant submissions, peer review, and publications—a process that the RDoC workgroup at NIMH is committed to maintaining. (Cuthbert 2015, 94).

Bajo mi punto de vista, sin embargo, el hecho de que los constructos estén en continua revisión es perfectamente compatible con que se traten como entidades que, en mayor o menor medida, reflejen una estructura independiente de su representación. A fin de cuentas, toda teoría científica está abierta a revisión a la luz de nuevas evidencias. Interpreto que estas líneas, más que asumir un compromiso metafísico, lo que hacen es lanzar un mensaje a los investigadores que buscan avanzar el conocimiento en los RDoC y solicitan financiación a este instituto para sus proyectos. Para ellos, el mensaje es claro: a día de hoy, la matriz está abierta y cualquiera puede proponer nuevos constructos para su estudio; de hecho, así lo expresan explícitamente en un *webinar* dedicado a abordar los *hechos y mitos* sobre los RDoC:

In fact, our current constructs have been vetted by work groups as having a lot of promise and validity for study, but explicitly we also say these constructs represent exemplars of how you might go about creating constructs that cut across the units of analysis and probably cut across many of our current diagnostic groupings. So we explicitly encourage the study of new constructs. The investigator simply needs to provide information in the grant application indicating the literature to date that would suggest that this would be a viable new construct and propose how they would go about studying it and instantiating it. And the only way that the RDoC matrix can, in fact, grow as intended is if, in fact, people do submit applications to study new constructs and propose them. (NIMH 2015).

Para comprender la importancia de esta declaración, es necesario ponerla en el contexto de la investigación psiquiátrica en las últimas

décadas, donde el DSM consiguió imponerse a una velocidad vertiginosa y casi universalmente, dejando muy poco espacio —y dinero— para las investigaciones que no emplearan sus categorías diagnósticas. En conclusión: el hecho de que desde el NIMH no se adopte una postura dogmática respecto a la corrección última de los constructos hipotéticos es compatible con que teóricamente su papel sea el de funcionar como entidades que agrupan propiedades causales.

Antes de decir algunas palabras más sobre la validación de los RDoC, haré una observación sobre una idea que ha aparecido en la cita anterior y que no podemos pasar por alto —sobre la que profundizaré en el siguiente capítulo—: la *instanciación* o *implementación* biológica de los constructos. Uno de los aspectos fundamentales de la investigación basada en los RDoC es que debemos conocer la implementación cerebral —particularmente, en los circuitos neuronales— de los constructos a estudiar; esto es así hasta el punto de que conforma uno de los ineludibles requisitos que establece el NIMH para dotar de financiación a los proyectos que así la soliciten:

First, there had to be evidence for the validity of the construct as a functional unit of behavior or cognitive processes; second, there had to be evidence for a neural circuit or system that played a primary role in implementing the construct's function; and third, the construct had to evince relevance for understanding some aspects of psychopathology. (Cuthbert 2015, 93).

Esta idea queda recogida en el lema que mueve al grupo de trabajo del NIMH: “Behavioral science studies what the brain evolved to do, and neuroscience studies how the brain implements it” (Cuthbert y Insel 2013, 6). Si la conceptualización de los constructos hipotéticos podría parecer sospechosa por su nuevo postulado de entidades, el

hecho de que la implementación cerebral sea *conditio sine qua non* para el estudio de los constructos ha levantado ahora sospechas no ya de un ánimo reificador en el NIMH, sino, nuevamente, reduccionista, esto es, que pretenda reducir las explicaciones en términos psicológicos por explicaciones en términos neurofisiológicos —lo cual tampoco es de sorprender, dado que en numerosas ocasiones miembros tan prominentes como dos de sus directores han afirmado que las enfermedades mentales *son* enfermedades cerebrales (Insel y Cuthbert 2015)—. Trataré esta cuestión con más detalle en el próximo capítulo, pues presenta importantes matices y no necesariamente nos aboca a a este tipo de reduccionismo.

Por ahora, señalaré que, con este requisito, el NIMH se pone de nuevo en sintonía con la postura de MacCorquodale y Meehl (1948), quienes ya a finales de los años cuarenta vaticinaban que “for those theorists who do not confine themselves to intervening variables in the strict sense, neurology will some day become relevant” (p. 105). En este sentido, el papel que la neurología tendría sería el de evitar postular constructos hipotéticos *irreales*; es por ello que, incluso en los cuarenta, les parece a ambos autores “legitimate, even now, to require of a hypothetical construct that it should not be manifestly unreal in the sense that it assumes inner events that cannot conceivably occur” (p. 105). Cuando MacCorquodale y Meehl escriben estas líneas, tienen en mente conceptos como el de *libido* o *superego*, empleados por el psicoanálisis. A su juicio, estos conceptos fueron inicialmente introducidos como variables intermedias o, más sencillamente, como una forma convencional de designar ciertos fenómenos o propiedades observables; y, con el tiempo, llegaron a convertirse en constructos hipotéticos, habiendo adquirido propiedades causales y siendo reificados, a pesar de que su implementación biológica —por ejemplo, las propiedades hidráulicas de la libi-

do— no podía establecerse. Es para evitar este tipo de confusiones teóricas que ambos autores defienden imponer el requisito de una implementación biológica plausible para los constructos hipotéticos. Y esta idea, como decía, es aceptada por el NIMH al requerir evidencia de la implementación en los circuitos cerebrales para los constructos propuestos.

Lo que por ahora podemos concluir es que la pregunta por la validez de las categorías diagnósticas del DSM o la CIE se ha desplazado hacia la pregunta por la validez de los constructos que conforman las dimensiones de la matriz de los RDoC para dar cuenta de las funciones conductuales y cognitivas. Para comprender el aparato teórico que hay tras la concepción de la validación en los RDoC hay que recurrir, una vez más, a un artículo de mediados del siglo pasado, en este caso, el de Lee Cronbach y Paul Meehl (1955). Este artículo supuso un hito en la validación de los constructos psicológicos, introduciendo también la idea de red nomológica, en la cual se asientan los RDoC.

A construct is some postulated attribute of people, assumed to be reflected in test performance. In test validation the attribute about which we make statements in interpreting a test is a construct. We expect a person at any time to possess or not possess a qualitative attribute (amnesia) or structure, or to possess some degree of a quantitative attribute (cheerfulness). A construct has certain associated meanings carried in statements of this general character: Persons who possess this attribute will, in situation X, act in manner Y (with a stated probability). (Cronbach y Meehl 1955, 284).

Estos constructos pueden ser medidos a través de tests que incluyan

constructos de otras ciencias, como por ejemplo la genética, neuroanatomía o bioquímica. En la época en que Cronbach y Meehl escriben este artículo, tales tests eran escasos, pero hoy en día es precisamente el enfoque adoptado en la validación de los constructos de los RDoC. En esta aproximación, los constructos que conforman los dominios se miden a través de los tests en las diferentes unidades de análisis; recordémoslas: genes, moléculas, circuitos, fisiología, comportamiento y auto-reportes.

the business of RDoC is to concentrate on developing new measures to characterize these constructs with respect to the various units of analysis, and then to validate the constructs using the nomological net approach that has classically been used for construct validation in psychology. (Cuthbert y Kozak 2013, 930).

En estas líneas aparece otra idea que merece mencionarse, la de *red nomológica*. Veámosla.

Redes nomológicas

La idea de red nomológica³⁴ es esencial en los RDoC; y, como seña-

³⁴ Hablaré aquí de red nomológica y de *leyes* porque el artículo que los propios impulsores del NIMH referencian para clarificar su postura, el de Cronbach y Meehl (1955), se emplean estos conceptos. No obstante, aunque los miembros del NIMH no lo aclaren, las explicaciones que ellos articulan se expresan en términos de mecanismos causales y no de leyes. Las diferencias y similitudes entre las explicaciones mecanicistas y las nomológicas son objeto de debate actualmente e introducirme en esta problemática va más allá de mi intención. Sea como fuere, la idea que hay tras esta noción de red nomológica tiene que ver con la existencia de cierta estructura que presenta regularidades estables que nos permiten explicar y predecir ciertos fenómenos psicobiológicos. Así pues, en el terreno de la biología “[n]obody anymore denies that there are stable

laba, nos remite nuevamente al artículo de Cronbach y Meehl (1955), el cual es también una interesante pieza de filosofía de la ciencia. En primer lugar, estos autores establecen que, en el terreno científico, “to ‘make clear what something *is*’ means to set forth the laws in which it occurs. We shall refer to the interlocking system of laws which constitute a theory as a nomological network” (p. 291). Así pues, para comprender lo que los constructos de los RDoC *son* debemos remitirnos a la red nomológica en que se insertan.³⁵ En este sentido, podemos interpretar las afirmaciones que se hacen desde el NIMH de que no existe en ellos un ánimo reduccionista, como por ejemplo cuando Kozak y Cuthbert (2016) dudan de que afirmaciones como “fear is entirely equivalent to the activity of the amygdala fear-generating circuit” puedan reconciliarse con los fundamentos conceptuales de los RDoC, “except perhaps by construing such claims more as rhetorical stances than as philosophical architecture” (p. 291).³⁶ Lo que el miedo *es* no puede establecerse únicamente en referencia a la actividad del circuito cerebral que lo implementa. Conocer un constructo “is a matter of elaborating the nomological net-

regularities that afford prediction, explanation, and control of biological phenomena. Whether such stable regularities count as laws depends on what one requires of laws, but it is undeniable that generalizations of this sort do many kinds of work in biology” (Craver y Kaiser 2013, 127). Lo que aquí se pretende es descubrir este mismo tipo de regularidades y generalizaciones en el terreno de la psicobiología, postulando la existencia de cierta estructura causal que da cuenta de ellas.

³⁵ Tanto este aspecto como los que veremos a continuación, son próximos a las tesis del funcionalismo, el cual abordaré en el próximo capítulo.

³⁶ Esta última frase puede resultar un poco confusa. A mi parecer, Kozak y Cuthbert pretender transmitir que si alguien dijera que el miedo es cierta actividad de los circuitos de la amígdala no pretendería con ello expresar un postulado metafísico acerca de la identidad entre uno y el otro, sino expresar coloquialmente, sin demasiado rigor, que existe una realización —de implementación, suponemos— entre el miedo y cierto proceso cerebral.

work in which it occurs, or of increasing the definiteness of the components” (p. 292). Las leyes de la red nomológica —estadísticas o deterministas— pueden relacionar entre sí cantidades o propiedades observables, constructos teóricos y observables, o diferentes constructos teóricos. Estas leyes, al menos algunas de ellas, deberán involucrar observables, pues sólo así serán científicamente admisibles los constructos que alberguen. En conclusión —y conforme los propios Cronbach y Meehl lo expresan, en respuesta tranquilizadora a aquellos *toughminded* que temen que permitir la validación de constructos en psicología abra la puerta a afirmaciones no refutables —:³⁷ “The answer is that unless the network makes contact with observations, and exhibits explicit, public steps of inference, construct validation cannot be claimed” (p. 292).

Volviendo a los RDoC: para que los constructos que se proponen sean admisibles, debe haber evidencia de su implementación en circuitos neuronales, aunque ello no implica que queden reducidos biológicamente. El problema es que no queda lo suficientemente explicitado en qué consiste tal *implementación*, esto es, qué relación mente-cerebro se está postulando. Trataré de arrojar luz sobre ello en el siguiente capítulo.

Validar los constructos de los RDoC pasa por dilucidar la red nomológica que conforman, midiéndolos desde las diferentes unidades de análisis (genes, células, auto-reportes, etc). En este sentido, se espera que todas estas medidas converjan en un mismo constructo — y, también, que diverjan de otros constructos— lo cual lo validaría como una unidad funcional de procesos conductuales o cognitivos, esto es, como una entidad más o menos delimitada. Esta búsqueda

³⁷ En realidad, los autores afirman que abre la puerta a afirmaciones no confirmables, pero siguiendo a Karl Popper sería más apropiado referirse a afirmaciones no refutables.

de las unidades funcionales conductuales parece compatible con la idea de clases funcionales, esto es, clases definidas por su rol funcional, en lugar de por las propiedades físicas de los estados neurofisiológicos particulares que las realizan (Shapiro 2004).

Dependiendo de cómo hayamos concebido las clases naturales, las clases funcionales pueden ser o no clases naturales. Si, como he defendido páginas atrás, las características definitorias de las clases naturales pasan por que sus miembros compartan propiedades naturales (esto es, propiedades que den cuenta de su similitud, la cual además es una cuestión de grados), y que además resulten explicativas y predictivas, sería posible aceptar que las clases funcionales son clases, en buena medida, naturales. Para ello será necesario aceptar que las propiedades que dan cuenta de la similitud no son neurofisiológicas, sino funcionales. Esta es una cuestión polémica y no profundizaré en ella, pues dirimir si las clases funcionales son o no clases naturales no resulta central para el punto que estoy intentando subrayar. Lo que me interesa mostrar son las diferencias y similitudes de los compromisos metafísicos que se asumen en la validación del DSM y en la validación de los RDoC: mi conclusión es que ambos comparten una aproximación realista, enfocada al descubrimiento de la estructura causal del mundo.

Como he argumentado anteriormente, me parece que es más adecuado comprender la labor de validación de las categorías del DSM a través de la noción de clases biológicas, dado que las propiedades que —se esperaba— darían cuenta de las agrupaciones de síntomas en síndromes se encontraban en el terreno biológico. Esta estructura causal era, además, bastante sencilla, pues se esperaba encontrar que cierta alteración genética, bioquímica, etc. fuera la responsable de las enfermedades mentales, siendo idéntica a ellas o siendo su causa, como expondré. Los RDoC, en cambio, parten de un

análisis multinivel de los distintos constructos psicobiológicos y pretenden descubrir la red nomológica en que se insertan, esto es, su estructura causal. A partir de aquí, la idea es que podría construirse una nosología psiquiátrica que heredaría la validez de los constructos de los RDoC; de este modo, la *biopsicopatología* podría ser finalmente conceptualizada como extremos en las dimensiones psicobiológicas en relación con problemas clínicos estrictamente determinados. Por ejemplo, y simplificando, ligados a un funcionamiento anormal del miedo en sus dos extremos, tendríamos dos fenotipos clínicos diferentes: la fobia —por un miedo excesivo— y la psicopatía —por un miedo insuficiente— (Kozak y Cuthbert 2016). Hemos de percatarnos, sin embargo, de que, aunque los RDoC logren tener éxito en su empresa de mapear el funcionamiento psicobiológico y de haber construido a partir de él una nosología psiquiátrica, hasta el momento no hemos dicho nada sobre por qué cierto funcionamiento debe ser considerado como anormal o como patológico.

LO PATOLÓGICO COMO HECHO NATURAL

Veíamos páginas atrás que en manuales diagnósticos como el DSM-III las enfermedades mentales quedaban concebidas como entidades discretas, esto es, como entidades nítidamente delimitadas entre ellas, pero también frente a la normalidad. Esta idea queda plasmada en el famoso artículo que Robert Kendell y Assen Jablensky publicaron en 2003, donde distinguían entre validez y utilidad de la nosología psiquiátrica. Una categoría diagnóstica es útil si “it provides non-trivial information about prognosis and likely treatment outcomes, and/or testable propositions about biological and social correlates” (p. 9). Por el contrario:

a diagnostic category should be described as valid only if one of

two conditions has been met. If the *defining characteristic* of the category is a syndrome, this syndrome must be demonstrated to be an entity, separated from neighboring syndromes and normality by a zone of rarity. Alternatively, if the category's defining characteristics are more fundamental—that is, if the category is defined by a physiological, anatomical, histological, chromosomal, or molecular abnormality—clear, qualitative differences must exist between these defining characteristics and those of other conditions with a similar syndrome. (Kendell y Jablensky 2003, 8).

Dado que la nosología psiquiátrica lidia fundamentalmente con síndromes cuya etiología nos es desconocida, para demostrar su validez sería necesario demostrar que los síndromes son entidades delimitadas entre sí y ante la normalidad, a partir de sus características superficiales. Esta es una tarea que ambos autores califican como pendiente en el ámbito de la psiquiatría, pues, a pesar de que las categorías diagnósticas de manuales como el DSM habían sido reificadas, tratándolas como *disease entities*, lo cierto es que no había evidencias de su validez.

Cuando ambos autores denuncian la falta de validez nosológica no están pensando que ello sea debido al desconocimiento de la etiología de los síndromes psiquiátricos, sino que es fruto únicamente del hecho de que no se han demostrado los límites naturales entre los diferentes síndromes, ni entre estos y la normalidad. El conocimiento de la etiología no es requisito necesario para la validación de las categorías diagnósticas, a juicio de Kendell y Jablensky; de hecho, afirman, probablemente este requisito fuera demasiado elevado para el desarrollo contemporáneo de la psiquiatría. Así pues, para alcanzar la validación sería suficiente con evidenciar la existencia de límites

naturales. Como muestra de ello, aducen el ejemplo del Síndrome de Down: para reconocer su validez no es necesario conocer su etiología, sino que esto podría realizarse observando sus características superficiales, como por ejemplo las faciales y corporales, de modo que por ellas distingamos quiénes sufren este síndrome, quiénes sufren otro síndrome y quiénes no sufren síndrome alguno.

Bajo la concepción de la validación de Kendell y Jablensky, validar un síndrome es demostrar sus límites naturales; es por ello que la validación no admite grados: existe el límite o no existe. Mientras que la utilidad puede darse en diferentes grados, la validez no: un síndrome es válido o inválido. Esta idea de validación se apoya fuertemente en un requisito que anteriormente veíamos para las clases naturales: que sean categóricamente distintas. Kendell y Jablensky parecen adoptar esta concepción de las clases naturales al definir la validación como el descubrimiento los límites —o articulaciones— naturales. Ahora bien, con una definición tan estricta y centrada en la diferencia nítida entre la patología y la normalidad, ¿qué ocurriría si, sencillamente, los trastornos mentales no conforman categorías estancas? Kendell y Jablensky vaticinan en su artículo lo siguiente: “if no detectable discontinuities in symptoms are found in large tracts of the territory of psychiatric disorder, it is likely that, sooner or later, our existing typology will be abandoned and replaced by a dimensional classification” (p. 8). Llegado este caso, sería necesario volver a pensar la validación de la nosología psiquiátrica, pues, por principio, al encontrarse los síntomas en un continuo con la normalidad, sería imposible hallar la demarcación precisada por su concepción de la validación. En efecto, como ya hemos ido viendo, este ha sido el caso:

Perhaps the major problem with the categorical approach is that

for many disorders in the DSM-IV, there is no evidence for discontinuities in symptom profiles (zones of rarity) and often evidence for the opposite. Disorders in which evidence favors a dimensional approach include major depression (Kendler & Gardner 1998), obsessive-compulsive disorder (Mataix-Cols et al. 2005), autism (Di Martino et al. 2009, Hoekstra et al. 2007), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD; Hudziak et al. 2005), and personality disorders (Skodol et al. 2002a,b). For all these diagnoses, symptoms listed in their criterion sets are also normally distributed in the general population. (Hyman 2010, 165).

De la misma manera que se ha hecho patente que las agrupaciones de síntomas en síndromes psiquiátricos del DSM responden poco más que a la convención, se ha evidenciado también que su carácter de *disease entities* no responde a una nítida diferencia entre las enfermedades mentales y la normalidad. Es por ello que, como ya veíamos, la nueva aproximación de la biopsiquiatría, la de los RDoC, concibe los constructos dimensionalmente y pretende, ulteriormente, conformar una nosología que dé cuenta de la naturaleza continua del funcionamiento psicobiológico.

From the RDoC perspective, psychopathology, or “biopsychopathology,” eventually might be conceptualized as extremes on psychobiological dimensions that are linked to narrowly determined (in the sense of homogeneity of mechanism) clinical problems. (Kozak y Cuthbert 2016, 288).

En esta línea de pensamiento, Cuthbert (2015) afirma que los constructos hipotéticos en ningún caso son concebidos como *real disease*

entities, pues “there is no simple mapping of disease/no-disease states onto the constructs” (p. 95). No obstante, aunque no haya un mapeo directo de las enfermedades en los constructos, la disfunción sí que se pretende acotar de manera más o menos simple, de modo que esta se concebiría operacionalmente “as increasing dysregulation in functionality that can be construed as falling at one extreme or the other of the normal distribution” (p. 95). Ahora bien, desde el propio NIMH, no sólo se defiende esta continuidad del funcionamiento psicobiológico, sino que se asume que podremos establecer cortes a lo largo del continuo que no serán meramente convencionales, sino que reflejarán *natural discontinuities*, en palabras de Sarah Morris (NIMH 2015), introduciendo así una nueva y matizada demarcación entre lo normal y lo patológico, como una cuestión de grados. La identificación de estas discontinuidades naturales o puntos de inflexión es especialmente relevante para el diagnóstico y tratamiento, pero también para poder guiar las intervenciones preventivas antes de que se alcancen disfunciones más severas, teniendo en cuenta los factores de riesgo y protección individuales. Esta misma visión también es compartida por Cuthbert e Insel (2013), quienes escriben lo siguiente:

An important consideration regarding dimensionality is that the relationship between increasing disruptions in functional mechanisms and the severity of symptoms may be markedly nonlinear, with ‘tipping points’ that mark a transition to more severe pathology; a critical area of research is to determine the exact location of such points, and how they are affected in each individual by various risk or resilience factors. (p. 5).

Tenemos, pues, dos ideas desde las que abordar la definición de la

patología en los RDoC: por una parte, puede ser definida “in terms of the degree of departure from the normal range of performance, often normally distributed” (Cuthbert 2015, 94); pero, además, la presencia de *tipping points* “can be stipulated precisely along the dimension of interest to define mild, moderate, and severe dysfunction” (Kozak y Cuthbert 2016, 288). La imagen que, según interpreto, nos formamos es, por tanto, la de un rango de funcionamiento psicobiológico continuo en cuyos extremos aparecen ciertos puntos de inflexión o discontinuidades naturales que marcan el paso a diferentes grados de patología. Sin embargo, a mi parecer, es difícil establecer la realidad que se atribuye a tales demarcaciones: por una parte, vemos que desde el NIMH se han referido a ellas como *discontinuidades naturales* —lo cual parece caracterizarlas como no convencionales—; pero, por otra parte, se habla en cambio de *estipular* los puntos de inflexión —lo cual parece sugerir una convención—, aunque también se usa la expresión *determinar la localización exacta* —lo cual no parece ahora sugerir una convención, sino el rastreo de una articulación natural—. Lo que parece estar claro es que se pretende establecer una correlación entre cierto funcionamiento psicobiológico y la presencia y gravedad de ciertos estados mentales o comportamientos. Se asume que esta correlación será generalmente no lineal; esto es, que un pequeño incremento en la disfunción puede suponer un gran salto, un punto de inflexión o discontinuidad, en la presencia y/o gravedad de los síntomas.

Tal vez una manera de resolver la mencionada ambigüedad podría ser la siguiente: estipulamos, convenimos, los distintos grados de gravedad de un síntoma; localizamos, rastreamos un hecho biológico, cuando determinamos los grados de disfunción que se correlacionan con los grados de gravedad del síntoma. Dicho de otro modo, la gravedad de los síntomas mentales es determinada convencionalmente,

pero queda basada en factores biológicos. Ahora bien, si adoptamos esta perspectiva, los cortes que hagamos en el continuo serán también convencionales en tanto que no expresan más que la mera correlación entre cierto grado de patología que hemos estipulado convencionalmente y cierto funcionamiento psicobiológico. Una posible alternativa consistiría en que los distintos grados de gravedad de los síntomas respondan a diferencias cualitativas entre ellos; de este modo sería posible mantener la idea de que el funcionamiento psicobiológico se da en un continuo, en el que, al correlacionarse con síntomas cualitativamente diferentes, se pueden localizar con precisión los puntos de inflexión donde estos aparecen. Si esto es posible es una cuestión a dirimir empíricamente.

En cualquiera de estos dos casos, la patológico aparece en la correlación que se da entre cierto funcionamiento psicobiológico y cierto estado mental o comportamiento que *previamente* hemos valorado de forma negativa, y que ahora denominamos *síntoma*. En este sentido, podemos traer a colación el siguiente pasaje de Ivana Marková y Germán Berrios (2012):

the 'abnormal' nature of certain mental states and behaviours is determined on grounds that are studied in the human (not the natural) sciences, i. e. in those disciplines seeking to understand the ways that individuals and societies perceive, value and make sense of their world at any one time. Once a behaviour is demarcated as abnormal by social prescription, the natural sciences take over and search for associations between it and brain states and functions. At some point in this process, abnormal becomes pathological, that is, its meaning is taken over by a statistical correlation showing a connection between the behaviour and a brain address. (p. 222).

Podríamos sentirnos tentados a objetar que esta descripción del proceder de la biopsiquiatría es más bien válida para el DSM pero no para los RDoC, pues estos pretenden, por así decirlo, realizar el camino a la inversa: desde la disfunción hasta el síntoma, en lugar de desde complejos síndromes hasta su correlato biológico. Aunque hay algo de cierto en esa afirmación, no podemos obviar el hecho de que los constructos de los que se parte son precisamente elegidos por su relevancia para la psicopatología: “the construct had to evince relevance for understanding some aspects of psychopathology” (Cuthbert 2015, 93). Esto es, aunque ya no se asuma la agrupación de los síntomas que recogen las categorías del DSM y se busquen sus correlatos biológicos, la investigación científica se inicia igualmente en los RDoC guiada por la consideración de que ciertos estados mentales o comportamientos son no sólo indeseables, sino anormales más allá de la prescripción social.

Alguien podría objetar, ahora sí, más acertadamente, que el hecho de que la investigación científica *comience* movida por intereses extra-teóricos no implica que, finalmente, no pudiera acabar rastreando en la naturaleza un hecho relevante para caracterizar como *patológico* tal comportamiento o estado mental. La cuestión en juego, conectando con lo visto en el segundo capítulo y tercer capítulo, vuelve a ser si la naturaleza nos provee de factores relevantes por los que caracterizar cierto funcionamiento psicobiológico como patológico; o si, por el contrario, todo lo que podemos hacer es hallar correlaciones entre un síntoma que *socialmente* hemos valorado negativamente y su sustrato biológico. Ahora bien, la concepción de la validación que se desprende de los RDoC no identifica un factor natural que rastrear para poder caracterizar las diferencias que encontramos a nivel psicobiológico como patológicas: si no abordamos la cuestión de por qué cierto síntoma mental es patológico, pa-

rece que meramente estaremos hallando correlaciones entre cierto funcionamiento psicobiológico y la presencia y gravedad de estados mentales y comportamientos que socialmente consideramos anormales. A este respecto, es relevante la siguiente observación de Peter Zachar (2000a):

we mistakenly confuse the issue of the biological basis of syndromes such as schizophrenia and borderline personality with the question of whether they are diseases. Showing that they have a biological basis does not demonstrate that they are diseases any more than showing that extroversion has a biological basis demonstrates that it is a disease. (p. 172).

Dicho de otro modo: a pesar de que encontramos diferencias biológicas, hace falta algo más para determinar que son patológicas. A este respecto, podríamos por ejemplo recurrir a un concepto de función y disfunción como el que articulaba Wakefield, el cual tampoco está exento de problemas. Sea como fuere, es preciso tener una mirada más amplia sobre el establecimiento de lo patológico que la que presentan los RDoC concibiéndolo como los extremos del funcionamiento psicobiológico. En otros aspectos, es necesario atender tanto al contexto, como al desarrollo individual.

Podemos observar la importancia del contexto a través del análisis que Allan Horwitz y Jerome Wakefield realizan respecto de la depresión, donde ponen de manifiesto que para evaluar la normalidad o patología de un síntoma o síndrome es necesario comprender si este se da como una respuesta normal —proporcional en intensidad y duración— ante un estresor externo.

The basic problem is that biological processes underlie nondisor-

dered, as well as disordered, human traits. No doubt disordered sadness reactions are due to underlying biological malfunctions. But the same symptoms of sadness are present in both normal and disordered conditions. The biological processes that are specific to disorder must be distinguished from the biological processes that underlie normal sadness. [...] Thus research that shows a biological or genetic correlate of a sadness condition says nothing in itself about whether or not that condition is a *disorder*. (Horwitz y Wakefield 2007, 166).

La única manera que tenemos de distinguir cuándo estamos frente a una disfunción y cuándo frente a un funcionamiento normal —por muy perjudicial que resulte— es tener en consideración el contexto en que tiene lugar. Las reacciones normales a grandes pérdidas — por ejemplo, de un ser querido, pero también de estatus social— y a ciertos eventos estresantes disparan muchos de los mismos síntomas que el trastorno depresivo (Wakefield y Schmitz 2013). Por ejemplo, si observamos una imagen por resonancia magnética funcional, es posible que no hallemos diferencias entre la imagen de un cerebro de quien experimenta una intensa tristeza en respuesta a tales grandes pérdidas —la cual puede representar el funcionamiento perfectamente normal de los mecanismos de superación de la pérdida— y la de quien tiene la misma experiencia subjetiva sin un contexto adverso que la propicie. “The pattern of brain activity associated with symptoms consequently cannot be used as a basis to infer disorder, unless the context of the brain images is taken into account” (Horwitz y Wakefield 2007, 166).

Además, una visión demasiado estrecha de la psicopatología nos puede llevar a dificultades también cuando no se repara en el nivel de desarrollo individual. Pensemos en el ejemplo del Trastorno por

Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH). Imaginemos por un momento que hemos logrado reconfigurar el TDAH como lo sugiere Hyman (2010): "as quantitative deviations from the mean on scales of attention, hyperactivity, and impulsiveness, benchmarked for age" (p. 166). Imaginemos también que hemos logrado identificar las bases biológicas que dan soporte a las funciones cognitivas y conductuales en cuestión. ¿Sería suficiente con la desviación respecto de la media según la edad para establecer su carácter patológico? En el caso del TDAH, se ha observado que los niños que con mayor frecuencia son medicados para tratar sus síntomas son aquellos que muestran un desarrollo cerebral más lento (Ball et al. 2019).³⁸ Si finalmente alcanzan un desarrollo igual que el de la media, ¿estamos en presencia de un funcionamiento anormal o meramente ante un retraso en el desarrollo? Independientemente de si logramos retener algún sentido relevante en que la normalidad no viene determinada por la prescripción social, hay buenos motivos para restringir el uso del concepto de enfermedad mental a aquellas condiciones que presumiblemente no van a mejorar con el tiempo, como por ejemplo los efectos secundarios que podría conllevar su tratamiento farmacológico (Frances 2013b).

En conclusión, aun si de los RDoC resultara un perfecto mapeo de las funciones psicobiológicas en sus diferentes unidades de análisis, para conformar una nosología psiquiátrica no solamente habrían de movernos consideraciones teóricas, sino también prácticas.

³⁸ Más preocupantemente, se ha observado también que los niños más pequeños de la clase tienen un 70% más de probabilidad de ser diagnosticados de TDAH: "We have turned being immature because of being young into a disease to be treated with a pill". (Frances 2013b, 142).

5. LA ENFERMEDAD MENTAL COMO ENFERMEDAD CEREBRAL

La concepción de la enfermedad mental como enfermedad cerebral es otra característica central del paradigma psiquiátrico biomédico que vengo describiendo. Es, también, junto a la concepción como clase natural, una manera de dotar de realidad a las enfermedades mentales. Ahora bien, los escritos psiquiátricos están plagados de ambigüedades a la hora de detallar esta concepción. Bajo el paradigma biomédico, se entiende que las enfermedades mentales *son o están causadas por* enfermedades cerebrales. Podemos ya observar que rigurosamente no es lo mismo afirmar que la enfermedad mental está causada por la enfermedad cerebral, que afirmar que una y otra son el mismo fenómeno; esto es, postular una relación de causalidad o, en cambio, de identidad entre ambos fenómenos. Arrojar luz sobre esta cuestión es uno de los propósitos de este capítulo.

Concebir la enfermedad mental en términos de enfermedad orgánica —y, más concretamente, cerebral— no es una idea nueva, sino que lleva entre nosotros —con mayor o menor popularidad y con distintas formulaciones— desde mediados del siglo XVII (Berrios y Marková 2002b). No obstante, lo que sí que representa una novedad son las técnicas —especialmente las de neuroimagen, como por ejemplo la popular imagen por resonancia magnética funcional (IRMf)— que emergieron en la llamada *década del cerebro*, los noventa, y revolucionaron la neurología. La validación de las enfermedades mentales haciendo uso de las nuevas herramientas de las neurociencias para identificar correlatos cerebrales —los cuales a menudo se toman, problemáticamente, como veremos, por *causas*— es,

por tanto, un proyecto que cuenta ya con varias décadas a sus espaldas. Recordemos que Nancy Andreasen (1995) proclamaba ya a mediados de los noventa que las nuevas herramientas para estudiar la enfermedad mental conseguirían rastrearla hasta el órgano del que *emanan*, el cerebro;³⁹ de modo que así emergía un nuevo programa de validación, el cual también resultaba valioso porque encerraba el potencial de mostrar la enfermedad mental como algo *real*. En ese mismo escrito, Andreasen declaraba que este nuevo programa de validación que surgía de la mano de las neurociencias establecería los diagnósticos psiquiátricos como *real entities*, lo cual conferiría a la enfermedad mental una *powerful credibility*. El modo en que la psiquiatría ha contestado mayoritariamente al reto que hubo de enfrentar cuando se tachó la enfermedad mental de *mito*, ha sido a través de una apuesta por el paradigma biológico —ahora neurológico—, tomando los procesos cerebrales como *más reales* —tal vez, si no, como *más fundamentales*— que los procesos psicológicos. Esta idea de que lo biológico es más real o más fundamental que lo mental impregna así mismo todas las neurodisciplinas:

the disciplines of the *neuro* convey the belief (which they do not formulate explicitly) that revealing the neurobiological “substrates” of a phenomenon not only means knowing it “objectively” but also confers upon it the ontological consistency it allegedly lacks when treated with the tools of the human and so-

³⁹ Un aspecto importante del que percatarse es la fijación existente por concebir la enfermedad mental no como un fenómeno *orgánico*, sino, más restringidamente, como un fenómeno *cerebral*. Llamo la atención sobre este hecho porque también existe evidencia científica que muestra correlaciones orgánicas —por ejemplo, entre la microbiota intestinal o los procesos inflamatorios (Liu 2017)— y la personalidad o los síntomas mentales, aunque actualmente no ocupa un lugar tan privilegiado como las explicaciones centradas en el cerebro.

cial sciences. (Vidal y Ortega 2017, 64).

Con la popularización de las neurociencias, la idea de que neurología y psiquiatría deberían converger en una misma especialidad comenzó a tomar fuerza. La fusión entre ambas disciplinas aparece como un enfoque prometedor al concebir las enfermedades mentales como enfermedades cerebrales. Por ejemplo, el neurólogo Joseph Martin (2002, 700) sentencia que “the separation of the two categories is arbitrary, often influenced by beliefs rather than proven scientific observations. And the fact that the brain and mind are one makes the separation artificial anyway” (p. 700).⁴⁰ En el campo de la psiquiatría, los partidarios del enfoque biomédico han abrazado igualmente con entusiasmo la neurociencia, siendo ahora popular la *neuropsiquiatría*. Desde este enfoque se defiende la idea de que ambas disciplinas deberían colaborar en muy estrecha relación, presentando a menudo la fusión entre ambas como el deseable horizonte hacia el que debemos caminar: “Indeed, psychiatrists and neurologists may be best considered *clinical neuroscientists*, applying the revolutionary insights from neuroscience to the care of those with brain disorders” (Insel y Quirion 2005, 2223).

Como Berrios (2007) explica, el término *neuropsiquiatría* lleva con nosotros más de un siglo y ha tomado diferentes significados. Actualmente, existe una tensión entre los partidarios del enfoque biomédi-

⁴⁰ La idea de que la mente y el cerebro son uno es popular no sólo en las neurociencias, sino también en el paradigma médico de la psiquiatría. Esta idea encaja con una teoría ontológica de la identidad mente-cerebro. La teoría de la identidad mente-cerebro —usualmente en una versión fuerte, de tipos, como explicaré en este capítulo— es una de las doctrinas metafísicas de corte fisicalista que parecen desprenderse del discurso y prácticas de la neuropsiquiatría —si bien no con sus hallazgos—, junto a otras teorías de la relación cuerpo-mente como el funcionalismo o el eliminativismo.

co —la corriente americana, biologicista, dominante en la actualidad—, quienes emplean el término *neuropsiquiatría* de manera amplia y equivalente a *biopsiquiatría*; y aquellos que —como el propio Berrios y su grupo de Cambridge (Reino Unido)— lo emplean de manera restringida para referirse únicamente a la disciplina que “deals with the psychiatric complications of neurological disease” (Berrios 2007, 10).⁴¹ Dado que aquí voy a analizar la corriente dominante, y una vez establecido que en ella *biopsiquiatría* y *neuropsiquiatría* son equivalentes, emplearé estos términos indistintamente.

En lo que sigue, examinaré las fuentes de evidencia que dan soporte a la concepción de la enfermedad mental como enfermedad cerebral. Defenderé que tal evidencia muestra que existe *alguna* relación entre los síntomas mentales y el cerebro, pero la naturaleza de tal relación dista de ser clara. Para profundizar en la cuestión, expondré diferentes teorías metafísicas de la relación cuerpo-mente en conexión con la biopsiquiatría. Mi intención no será aquí la de analizar exhaustivamente los argumentos a favor y en contra de cada una de ellas, sino más bien centrarme en su interés en el campo de biopsiquiatría y las implicaciones que aquí tienen. Intentaré al tiempo dilucidar, en la medida de lo posible, los postulados de la

⁴¹ Según lo entiende Berrios, los síntomas mentales que surgen por enfermedades mentales son fenómenos de diferente naturaleza que aquellos que surgen por enfermedades cerebrales, como podría ser el alzheimer. Esto choca con la visión dominante hoy en día: “Currently, the predictable view is that they are, that they must be the same phenomena. Biological psychiatry is ruthless in its reductionism and efforts to impose its causal mechanisms” (Berrios 2007, 13). Además, según defiende Berrios, en ambos casos, cuando aparece un síntoma mental —por ejemplo, una alucinación—, su explicación satisfactoria no puede darse únicamente en términos causales, sino que también ha de comprenderse en términos de razones. Me extenderé más sobre la concepción de la formación de los síntomas mentales según el *Cambridge Group* en el apartado que a ello dedico más adelante en este capítulo.

biopsiquiatría sobre la relación cuerpo-mente. Así mismo, me interesará mostrar que, contrariamente a la opinión mayoritaria, múltiples teorías de la relación cuerpo-mente pueden ser compatibles con los hallazgos de la biopsiquiatría, siempre que puedan acomodar la existencia de correlaciones entre ciertos fenómenos mentales y ciertos fenómenos cerebrales. Por último, expondré el modelo de formación de los síntomas mentales del *Grupo de Cambridge*, según el cual estos se hallan co-construidos por el paciente y el terapeuta. Si este modelo se mostrara correcto, una de las implicaciones más relevantes que tendría es que los síntomas mentales no guardan una relación directa con el cerebro, de modo que esto constriñe las teorías de la relación mente-cuerpo que podríamos adoptar y, también, la interpretación de los hallazgos de las neurociencias, como por ejemplo la neuroimagen.

SOBRE LA EVIDENCIA QUE SOSTIENE LA CONCEPCIÓN

Quisiera en primer lugar detenerme en las fuentes de evidencia con las que contamos para que resulte plausible concebir la enfermedad mental como enfermedad cerebral. Este primer paso es necesario porque lo cierto es que, hasta el momento, esta concepción ha dado escasos frutos: en primer lugar, ya hemos visto cómo los programas de validación del DSM han fracasado —si bien se esgrime que este proyecto estaba condenado desde el inicio, pues la clasificación se conformó convencionalmente y los trastornos que recoge son demasiado complejos como para encontrar correlaciones sencillas entre estos y su base cerebral—; en segundo lugar, además, todos los hallazgos de la neurociencia tienen escasa aplicación en el ámbito clínico psiquiátrico, pues —al menos de momento— ni son útiles como herramientas diagnósticas, ni suponen una guía para el trata-

miento de los pacientes:⁴²

Although we have learned a great deal about brain functioning, we have not yet figured out ways of translating basic science into clinical psychiatry. The powerful new tools of molecular biology, genetics, and imaging have not yet led to laboratory tests for dementia or depression or schizophrenia or bipolar or obsessive-compulsive disorder or for any other mental disorders. (Frances 2013b, 10).

A pesar de ello, la nueva esperanza de la biopsiquiatría, los RDoC, también encuentran un punto de apoyo en la concepción de la enfermedad mental como enfermedad cerebral, aunque desde el NIMH se han lanzado mensajes contradictorios a este respecto: como veremos más adelante, en algunos textos (Cuthbert y Insel 2013; Insel y Cuthbert 2015) se abraza expresamente la idea de que la enfermedad mental es una enfermedad cerebral —de modo que podríamos presumir que se está formulando una relación de identidad entre enfermedades cerebrales y enfermedades mentales—, al tiempo que se afirma que la reducción de las enfermedades mentales a su sustrato cerebral no casa con el espíritu de los RDoC (Kozak y Cuthbert 2016). Sea como fuere, los RDoC están a día de hoy muy lejos de arrojar el conocimiento necesario para conformar una nosología psiquiátrica o, más sencillamente, para mapear el funcionamiento psicobiológico. Aún habremos de esperar alguna década más para ver a dónde nos lleva este nuevo proyecto.

A pesar de que la concepción de la enfermedad mental como enfermedad cerebral se remonta incluso siglos atrás y en todo este

⁴² Para un análisis de las causas de esta situación y sus posibles soluciones, ver Fernandes *et al.* (2017) y Kapur, Phillips e Insel (2012).

tiempo no ha dado los frutos esperados, la esperanza se mantiene viva sosteniéndose en la idea de que el objeto de estudio es tan complejo que se ve seriamente constreñido por las limitaciones tecnológicas de cada época. De hecho, esta *excusa* ha sido tan frecuente a lo largo de la historia que ha llegado a ser bautizada como *la coartada tecnológica* (Berrios y Marková 2002a, 5). Dada esta situación, ¿cómo explicar la persistencia de la concepción de las enfermedades mentales como enfermedades cerebrales? Peter Zachar (2000b), en su crítica a lo que él denomina *materialismo biomédico*, apunta a algunas fuentes de evidencia que se usan habitualmente como soporte a tal concepción. Recogeré, ampliaré y comentaré seguidamente algunas de ellas.

En primer lugar, encontramos el hecho de que las enfermedades orgánicas producen síntomas de naturaleza psicológica. En este sentido, el descubrimiento de que la sífilis causaba los síntomas mentales que mostraban los pacientes diagnosticados con paresia general supuso un hito en la historia de la medicina y alentó a la psiquiatría a continuar con este modelo; lo cual se hace patente, por ejemplo, en la búsqueda de psicofármacos que actúen bajo el modelo de los antibióticos, esto es, bajo un modelo donde se alberga la creencia de que debe haber una sustancia bioquímica apropiada para tratar cada enfermedad.⁴³ Además, hoy en día también sabemos que enferme-

⁴³ Matthew Oram (2014) aborda esta cuestión y el impacto que tuvo en la concepción de los ensayos clínicos. “The dramatic success of the antibiotics, discovered in the 1930s and 1940s, provided the realization of an ideal magic bullet form of drug effect that had long been theorized. With these miracle drugs’ efficacy deriving from an objective biological action, and the most advanced method of testing drug efficacy best suited to these kinds of drugs, the assumption followed that this was the most legitimate form of drug action. The breakthrough psychiatric drugs of the 1950s largely conformed to this magic bullet theory of drug efficacy—the new antipsychotics, antidepressants, and anxiolytics worked regardless of the treatment environment or the interpersonal skill of the physician.

dades neurodegenerativas como el alzheimer o la enfermedad de Huntington producen síntomas psicológicos. Estos son igualmente casos claros donde una enfermedad orgánica produce síntomas mentales, y donde la manera de atajarlos es tratar la enfermedad orgánica. Ahora bien, aunque es patente que las enfermedades físicas pueden producir síntomas mentales, de ello no se sigue que los síntomas mentales que producen las enfermedades neurológicas sean de igual naturaleza que los síntomas mentales producidos por los trastornos psiquiátricos aún está por resolverse, pues los primeros parecen guardar una relación mucho más directa con la señal biológica de la que proceden, mientras que los segundos están más mediados por una envoltura semántica dependiente del individuo y de su contexto social (Berrios 2007), conforme expongo más adelante (ver también la nota al pie número 41).

En segundo lugar, otra fuente de evidencia para apoyar la concepción de la enfermedad mental como enfermedad cerebral es el hecho de que las sustancias químicas alteran la conciencia, lo cual resulta más que evidente. La crítica a esta fuente de evidencia es similar a la

The main issues in pharmacotherapy became simply fitting a diagnosis to a medication.” (p. 231). Este artículo de Oram resulta interesante no sólo por explorar esta cuestión, sino también por centrarse en el impacto que tuvo en la concepción de los ensayos clínicos y en cómo esta estrecha perspectiva farmacológica afectó negativamente la evaluación de la eficacia de la terapia psiquiátrica mediante fármacos psicodélicos, en la cual no es posible aislar completamente la acción farmacológica de ciertos elementos extrafarmacológicos.

Aunque el modelo antibiótico se ha probado especialmente limitado —ciego ante la más que probable multicausalidad de las enfermedades mentales y al impacto que tienen diversos factores en la eficacia del tratamiento— aún hay psiquiatras, bien influyentes, que lo emplean como horizonte: “The goal of the twenty-first century is to find a ‘penicillin for mental illness.’ We would like to fight schizophrenia or dementia as effectively as we can currently fight infectious diseases such as neurosyphilis or pneumonia.” (Andreasen 2001, xi).

anterior: a menudo, los efectos producidos por las sustancias psicoactivas son indeterminados, esto es, dependientes de la persona y el contexto en que se encuentra, de manera que no se puede establecer una relación directa entre la sustancia y sus efectos, así como tampoco entre determinados cambios cerebrales y determinados efectos psicológicos.⁴⁴

En tercer lugar, existe una amplia evidencia que muestra cómo las lesiones cerebrales pueden alterar la personalidad de un individuo y provocar también síntomas mentales: bien conocido es, en este sentido, el caso de Phineas Gage —cuyo cerebro fue atravesado por una barra metálica, desencadenándole importantes y negativos cambios en su personalidad—, así como tantos otros casos de lesiones cerebrales que nos han sido elocuentemente narrados por Oliver Sacks (2011). La observación que aquí hemos de hacer es la misma que aquella respecto de los síntomas mentales producto de enfermedades orgánicas: queda por esclarecer que sean de la misma naturaleza.

Por último, una cuarta fuente de evidencia remite a los estudios anatómicos de las enfermedades mentales graves, como por ejemplo los estudios neuroanatómicos que muestran las diferencias entre cerebros de personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia frente a grupos de control normales. Hemos de advertir, no obstante,

⁴⁴ En Ballesteros (2018) he tratado esta cuestión, comparando el tratamiento de la depresión con fármacos convencionales —usualmente inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS)— y fármacos psicodélicos —como podrían ser el LSD o la psilocibina—. Los psicodélicos son el máximo exponente de la importancia de los factores extra-farmacológicos en los efectos de una sustancia química: tanto la disposición psicológica individual, como el contexto donde se administra la sustancia son esenciales en sus efectos inmediatos y en los efectos —posiblemente terapéuticos— a largo plazo. Este hecho nos hace replantearnos la importancia de estos mismos factores en los efectos de otras sustancias químicas, como pudieran ser los fármacos comúnmente denominados antidepresivos.

que algunos de estos hallazgos se han mostrado controvertidos en los últimos años, pues nuevos estudios indican que los propios fármacos antipsicóticos provocarían característicos cambios perjudiciales cuando son usados a largo plazo, como por ejemplo una pérdida de volumen cerebral (Ho et al. 2011). Aun si efectivamente estas diferencias existieran y no estuvieran provocadas por los tratamientos farmacológicos, faltaría por establecer su carácter patológico —por los motivos que he ido exponiendo a lo largo de este trabajo—; además, tampoco tenemos evidencia para inferir que son *causas* de la enfermedad mental en lugar de *consecuencias* de ella —esto es, como veremos más adelante, que existe una causalidad descendente, de la mente al cerebro, que provocaría cambios físicos en él—. Es también un hecho importante que mencionar de nuevo aquí que, por muchas diferencias que supuestamente hayamos encontrado, ninguna de ellas es actualmente suficiente para emplearse como un biomarcador que resulte relevante en la práctica clínica.

No es mi intención poner en cuestión el hecho de que los síntomas o las enfermedades mentales guardan *alguna* relación con lo biológico y, más restringidamente, con el cerebro: ello parecería descabellado a tenor de la evidencia aquí presentada. Más bien, de lo que se trata es de dirimir exactamente qué tipo de relación es esa, es decir, el modo y grado en que síntomas mentales dependen del nivel orgánico o cerebral, pues ello es fundamental no sólo para comprender la enfermedad mental, sino también para decantarse por un tipo u otro de tratamiento, o, más generalmente, para forjarnos una imagen de nosotros mismos.

Mi postura al respecto es más bien humilde: considero que, aunque algunas teorías de la relación mente-cuerpo parecen más plausibles que otras, no disponemos de suficiente evidencia para decantarnos por ninguna de ellas: en primer lugar, a nivel filosófico,

cada una de ellas presenta ciertas virtudes y enfrenta al tiempo dificultades aún sin solución; en segundo lugar, la evidencia científica no nos permite concluir mucho más que la existencia de una correlación entre cierta actividad cerebral y cierta actividad mental, como por ejemplo los síntomas mentales —o, siendo más precisos, conforme lo expresa Germán Berrios, “correlaciones estadísticas entre las variables sustitutas realizadas para representar el cuerpo (cerebro) y las variables sustitutas que representan las declaraciones de experiencias subjetivas (síntomas mentales)” (Berrios 2011a, 244)—.⁴⁵ La interpretación que otorguemos a tales hallazgos va a depender, en última instancia, de cuál sea nuestra sensibilidad filosófica. Así pues, podremos situarnos en cualquier punto del espectro que va “from the broad assertion that all psychological activity must have brain representation to the narrow assertion that specific brain lesion *l* is a necessary and sufficient cause for presence of specific mental disorder *m*” (Berrios y Marková 2002a, 3).

Lamentablemente, como ya he señalado, no vamos a encontrar mucha claridad en los escritos psiquiátricos para resolver qué relación mente-cuerpo están postulando. Con notable frecuencia, no sabemos si cuando se afirma que una enfermedad mental es una enfermedad cerebral se quiere postular una relación de identidad entre ambas —ni si esta sería de tipos o casos, como veremos más adelante—, defender que lo mental superviene a lo físico o si en realidad esconde una apuesta por la eliminación de lo mental en favor de lo físico. Igualmente, tampoco sabemos si cuando se afirma que las enfermedades mentales *están causadas por* enfermedades cerebrales se está efectivamente planteando una relación causal u otro tipo de

⁴⁵ Trataré esta cuestión más a fondo cuando aborde el problema de la localización espacial de los síntomas psiquiátricos en la neuroimagen, más adelante en este capítulo.

relación de determinación o dependencia, como podría ser una relación de supervinencia o emergencia. Además, cuando la relación mente-cerebro ha sido abordada explícitamente por influyentes psiquiatras, los pocos artículos que han llegado a publicarse en las más prestigiosas revistas de psiquiatría presentan importantes fallos en la representación de las diversas posiciones metafísicas, especialmente del dualismo ontológico (Moreira-Almeida, Araujo, y Cloninger 2018).

EL PROBLEMA DE LO MENTAL

La caracterización de la naturaleza de la mente y del cuerpo es esencial, por ejemplo, para nuestra comprensión de *qué tiene de mental* un trastorno para que reciba este nombre; también para interpretar los hallazgos de la neuroimagen —¿puede, y de qué manera, localizarse la actividad mental en el espacio?—; y, en última instancia, para guiarnos en la elección del mejor tratamiento para los trastornos mentales —por ejemplo, será relevante en el papel que le otorguemos a la psicología—.

El problema de la relación mente-cuerpo —o, más restringidamente, mente-cerebro— se formula, máxime en las últimas décadas, sobre un trasfondo fisicalista, esto es, sobre una visión del mundo según la cual todo lo existente es de naturaleza física. Así, este problema consiste a menudo en dirimir de qué manera tiene cabida —si es que esto es posible— la mente en una realidad que no es sino física (Gabriel 2017). Este aspecto es importante para el problema de la relación entre la enfermedad mental y el cerebro, pues, si adoptamos el fisicalismo —como parece hacer la biopsiquiatría— y consideramos que todo lo real debe ser, en última instancia, físico, para dotar de realidad a la enfermedad mental es preciso mostrar de qué manera esta podría ser, en algún sentido que iré precisando, de natu-

raleza física. La dificultad que aquí se presenta es que la mente o los estados mentales parecen tener ciertas propiedades que se resisten a su reducción en otros términos.

La marca de lo mental

Algunos teóricos —como por ejemplo Markus Gabriel (2017), siguiendo la tradición cartesiana— sitúan en la consciencia el rasgo definitorio de lo mental; siendo, además, la autoconsciencia —la consciencia sobre la consciencia— el rasgo definitorio de la mente humana: los seres humanos no sólo tenemos experiencias conscientes, sino que además tenemos consciencia de que tenemos consciencia. Otros teóricos, como por ejemplo Carlos Moya (2006) consideran que la consciencia no es el único rasgo definitorio de lo mental —por ejemplo, porque las creencias que podemos atribuir a un individuo y que no están presentes en su consciencia también conforman su mente—, si bien la consciencia —o la propiedad de ser conscientes— puede ser el rasgo más importante de los que consideramos estados mentales paradigmáticos: los estados intencionales⁴⁶ y los estados fenomenológicos. Los primeros se caracterizan “por tener un contenido ante el cual el sujeto adopta cierta actitud: creencias, deseos, intenciones, esperanzas, etc.” (Moya 2006, 18);⁴⁷

⁴⁶ Es importante enfatizar que el uso que aquí se hace de *intencional* no equivale a *intencionado* o *voluntario*: “the relevant idea behind intentionality is that of mental directedness towards (or attending to) objects, as if the mind were construed as a mental bow whose arrows could be properly aimed at different targets”. (Jacob 2019).

⁴⁷ La intencionalidad, la característica de este primer grupo de estados mentales de tener contenido o de representar el mundo fue identificada notablemente por Franz Brentano como el rasgo esencial de lo mental, si bien esta identificación es problemática porque los estados mentales fenomenológicos también son casos paradigmáticos de lo mental y en ellos no encontramos esta intencionalidad.

los segundos, por tener una “cualidad sentida o un modo peculiar de aparecer al sujeto: sensaciones de dolor o placer, post-ímagenes, experiencias visuales, auditivas, olfativas, etc.” (*ídem*). Como decía, el problema de la relación cuerpo-mente, en parte, tiene que ver con cómo naturalizar los estados mentales: ¿conseguiría una descripción física dar buena cuenta de la intencionalidad de lo mental o de sus cualidades subjetivas? Este problema lo observamos también en la psiquiatría: ¿en qué medida es útil una explicación en términos biológicos para dar cuenta, por ejemplo, del fenómeno de la depresión o de las creencias, deseos e intenciones de los pacientes?

La autoridad de la primera persona frente al experto

Otro problema que surge tanto en el ámbito de la filosofía de la mente como en el campo de la psiquiatría es el relativo a la llamada *asimetría entre la primera y tercera persona*: esto es, el hecho de que el sujeto parece tener un acceso epistemológico privilegiado —directo, no inferencial— a sus propios estados mentales —intencionales y fenomenológicos—, mientras que el conocimiento de los estados mentales de los demás es un conocimiento indirecto, inferencial, sobre la base de su conducta —lo cual también incluye la conducta verbal, por ejemplo, la aseveración de que cree tal cosa o de que tiene dolor—. Esta asimetría es la que da pie a la llamada *autoridad de la primera persona*, esto es, al hecho de que —al menos aparentemente, pues este aspecto es objeto de disputa filosófica— uno mismo conoce mejor que los demás sus propios estados mentales, es decir, sus propias creencias, deseos, intenciones, sensaciones, percepciones, etc.

La autoridad de la primera persona y la asimetría entre la primera y tercera persona son problemáticas para la psiquiatría, máxime para la biopsiquiatría. En la clínica, el psiquiatra adopta el rol de experto, de modo que la autoridad de la primera persona se ve socavada por

el conocimiento, en principio superior, que el psiquiatra posee —o adquirirá, gracias a su formación y a los instrumentos diagnósticos— sobre los estados mentales de su paciente. En este punto existe una tensión, pues es complejo calibrar la autoridad epistémica que atribuir a cada uno de ellos: si acudimos a terapia es precisamente bajo la premisa de que quien va a tratarnos puede proveernos de un conocimiento superior al nuestro sobre nuestros propios padecimientos mentales; no obstante, si, por ejemplo, el terapeuta nos ofrece una explicación completamente contraria a nuestras creencias sobre nosotros mismos, no es obvio hasta qué punto habríamos de aceptarla meramente por la autoridad epistémica que le confiere su rol, si bien tampoco habríamos de descartarla automáticamente. Este aspecto se ha abordado recientemente en el marco de la injusticia epistémica, problematizando el rol que ambos agentes —experto y paciente— tienen en el intercambio epistémico en el ámbito clínico (Crichton, Carrel, y Kidd 2017).

La causalidad mental

Un último aspecto que resulta de relevancia tanto para la filosofía de la mente, como para la psiquiatría, es el de la causalidad mental, esto es, el poder causal que aparentemente tienen los estados mentales sobre el comportamiento: por ejemplo, que el hambre que sentimos sea relevante causalmente en que nos preparemos la cena o que nuestra creencia de que va a llover influya causalmente en que cojamos un paraguas antes de salir de casa.

En líneas generales, las dificultades aparecen cuando pretendemos salvaguardar el poder causal de los estados mentales sin reducirlos a otro tipo de estados o sin identificarlos con estados físicos. Si admitimos la causalidad de lo mental *qua mental*, podríamos caer en una violación del principio del cierre causal del mundo:

Physical events have, we suppose, purely physical causes. If non-physical minds affect the physical world, it looks as though they would have to initiate or intervene in physical processes. Were that so, the physical world would not be a closed system governed by physical law. (Heil 2009, 36).

Frente a este problema, tenemos al menos tres vías disponibles: atacar este principio —bien poniéndolo en cuestión, bien buscando algún resquicio en que alojar la causalidad mental—,⁴⁸ negar la causalidad mental o reformularla en términos puramente físicos. Más adelante veremos con más detalle de qué modo, dependiendo de cómo concibamos la relación entre lo mental y lo físico, puede presentarse el problema de la causalidad mental, o no presentarse en absoluto.

La causalidad mental es importante para la psiquiatría porque dependiendo de nuestra postura frente a ella variará, por ejemplo, el papel que le otorguemos a la psicología. Si negamos el rol causal de los estados mentales, nos inclinaremos hacia tratamientos dirigidos directamente al cerebro, como por ejemplo la farmacoterapia o la estimulación magnética transcraneal. Si, por el contrario, admitimos que los estados mentales juegan un rol causal en nuestro comportamiento, la psicoterapia se presentará como un buen tratamiento para los trastornos mentales; si bien el estatus de las explicaciones de la psicología dependerá de cómo concibamos exactamente la interacción física, pues podremos asumir, por ejemplo, la existencia de leyes irreducibles psicológicas, o de leyes psicofísicas que conecten estados mentales con estados cerebrales; o, por el contrario, alejarnos

⁴⁸ La literatura sobre el principio del cierre causal del mundo físico es extensa y no concluyente: sobre él se han propuesto diversas formulaciones y la discusión sobre su corrección sigue vigente hoy en día (ver Gibb 2015).

de tal búsqueda al asumir que, aunque la mente y el cerebro interactúen, tal interacción no pueda ser subsumida bajo leyes.

Veamos, ahora sí, las diferentes teorías metafísicas de la relación cuerpo-mente en conexión con la neuropsiquiatría. Los dos siguientes apartados abordan los dos grandes bloques en que se organizan las posturas más relevantes: el dualismo ontológico o de propiedades y el monismo materialista. Este último, también llamado fisicalismo, es la doctrina metafísica que afirma que todo lo existente es de naturaleza física. Esta es la posición que se asume en la imagen científica del mundo fruto del paradigma materialista en que nos hallamos insertos y, también, como ya he señalado, en la biopsiquiatría. El monismo se opone al dualismo, doctrina según la cual existen dos tipos de sustancias —o de propiedades— irreductibles ontológicamente —que pueden, o no, interactuar entre ellas—.

Entre las posturas dualistas, abordaré el dualismo de sustancias —cartesiano y no-cartesiano— y el dualismo de propiedades, —concretamente, el naturalismo dualista—. Entre los fisicalistas, trataré el materialismo eliminativo, el monismo anómalo, las teorías de la identidad de tipos, y, por último, el funcionalismo —el cual, en algunas versiones, también puede ser entendido como una teoría de la identidad de casos, además de ser compatible con el fisicalismo—.

TEORÍAS DE LA RELACIÓN MENTE-CUERPO: DUALISMOS

El dualismo puede tomar dos formas: la primera de ellas es el dualismo de sustancias, el cual también recibe el nombre de dualismo cartesiano, en referencia a su más famoso exponente, René Descartes ([1641] 2010), aunque ha sido reformulado y defendido más recientemente, notablemente por Edward Jonathan Lowe (2006); la segunda de ellas es el dualismo de propiedades, siendo Da-

vid Chalmers (1996) un buen exponente.

Dualismo de sustancias

Comencemos por el dualismo cartesiano, la versión más fuerte del dualismo de sustancias. Para Descartes, la materia —*res extensa*— y la mente —*res cogitans*— son dos sustancias enteramente diferentes e independientes: mientras que la materia tiene como propiedad esencial ser extensa, la mente, en cambio, carece de tal propiedad y es esencialmente pensante. A pesar de concebir de manera independiente ambas sustancias, Descartes defendía que estas interactuaban entre sí. Aunque el dualismo cartesiano recoge bien la intuición o experiencia cotidiana que tenemos del cuerpo y la mente como dos realidades de algún modo diferentes, esta teoría enfrenta problemas importantes a la hora de explicar cómo es posible que dos sustancias diferentes, la pensante y la extensa, interaccionen entre sí. Este problema lo vemos, por ejemplo, si tratamos de explicar cómo es posible que la decisión de mover mi brazo resulte efectivamente en su movimiento: el cuerpo tiene extensión, mientras que la mente carece de ella, ¿cómo mueve el pensamiento el cuerpo? Dar una respuesta satisfactoria a esta cuestión resulta especialmente problemático si mantenemos una visión mecanicista de la interacción causal: “This would be particularly mysterious if one had an *impact* view of causal interaction, as would anyone influenced by atomism, for whom the paradigm of causation is like two billiard balls cannoning off one another” (Robinson 2020). Descartes intentó superar esta dificultad señalando la glándula pineal como el lugar del cerebro donde se produciría la interacción entre el alma y el cuerpo. Esta explicación ya resultaba insatisfactoria en su época y, hoy en día, está descartada por la neurociencia.

Además del reto que supone explicar cómo se da la interacción en-

tre las dos sustancias —pues siendo enteramente diferentes no es fácil explicar cómo podrían afectarse la una a la otra—, el dualismo cartesiano —en realidad, todos los dualismos— ha habido de afrontar también la crítica de que la causalidad mental supone una violación del principio de cierre causal del mundo físico. Este principio puede formularse de la siguiente manera:

Physical events have, we suppose, purely physical causes. If non-physical minds affect the physical world, it looks as though they would have to initiate or intervene in physical processes. Were that so, the physical world would not be a closed system governed by physical law. (Heil 2009, 36).

La literatura sobre este principio es extensa y no concluyente: sobre él se han propuesto diversas formulaciones y la discusión sobre su corrección sigue vigente hoy en día (ver Gibb 2015).

Una nueva versión del dualismo de sustancias, la formulada por Lowe, es construida con especial interés en esquivar los problemas planteados por el dualismo cartesiano:

Non-Cartesian substance dualism (NCSd) maintains that persons or selves—that is to say, self-conscious subjects of experience and agents of intentional actions—are distinct from their organic physical bodies and any parts of those bodies, such as their brains or central nervous systems. It regards persons as substances in their own right, in the sense of ‘substance’ in which this denotes a persisting entity and bearer of properties which does not depend for its identity on anything other than itself. However, NCSd does not maintain that persons are necessarily separable from their bodies, in the sense of being capable

of disembodied existence. It allows, indeed, that persons are themselves physical beings, in the sense that they genuinely possess physical characteristics, such as shape, height, and weight. (Lowe 2006, 5).

Lowe sostenía que su dualismo está en mejor posición para dar cuenta de la causalidad que el dualismo cartesiano o cualquier forma de fisicalismo: al insistir Descartes en la carencia de propiedades físicas de la sustancia pensante, genera la dificultad, como acabamos de ver, de explicar la interacción entre esta y el cuerpo; por su parte, el fisicalismo, a juicio de Lowe, no puede tampoco explicar el carácter intencional o teleológico de la causalidad mental, dado que toda causalidad queda reducida a una *ciega* causalidad física en el nivel neurológico. Para Lowe, para explicar el comportamiento humano, ambos tipos de causas son necesarios y complementarios:

if we were to trace the purely bodily causes of any peripheral bodily event, such as the movement of my arm on a given occasion, backwards in time indefinitely far, we would find that those causes ramify, like the branches of a tree, into a complex maze of antecedent events in my nervous system and brain—these neural events being widely distributed across large areas of those parts of my body and having no single focus anywhere, the causal chains to which they belong possessing, moreover, no distinct beginnings. And yet, my mental act of decision or choice to move my arm seems, from an introspective point of view, to be a singular and unitary occurrence which somehow initiated my action of raising my arm. How, if at all, can we reconcile these two apparent facts? (Lowe 2006, 11-12).

La respuesta es que no podemos *identificar* nuestra decisión con ningún evento neurológico en particular o con un conjunto de ellos, dado que son causalmente diferentes: la elección parece ser *unitaria* y, sobre todo, tener un rol *iniciador*; mientras que los eventos neurológicos están *desunificados* y carecen de ese rol iniciador. La idea básica es que, si bien los estados mentales no tienen un poder causal sobre los estados neurológicos, sí que lo tienen sobre el comportamiento, en tanto que son responsables de que el complejo entramado de eventos neurológicos converja en cierto comportamiento.

No me extenderé más en esta cuestión, pues tenemos ya suficientes datos para ir al punto que quisiera resaltar, uno especialmente relevante para la neurología y la neuropsiquiatría: si el rol de un evento mental no es el de causar un evento neurológico, entonces no podremos captar empíricamente, mediante herramientas científicas, la interacción psicofísica, pues “there will be no gaps in the chains of neurophysiological causation for science to discover” (Gibb 2015, 20). A pesar de que el comportamiento tiene causas neurológicas — que pudieran ser observables mediante las herramientas de la neurociencia—, para que este ocurra y para explicarlo satisfactoriamente es necesario, según Lowe, que entre en juego también la causalidad mental: de lo contrario, no podríamos dar cuenta del carácter intencional, voluntario, de nuestras acciones. Ahora bien, la intencionalidad, en tanto que no es de naturaleza física, no puede ser observada desde estas mismas herramientas, que devolverán la imagen errónea de que todo lo que existe son causas físicas.⁴⁹

He querido traer a colación la postura de Lowe no para suscribirla, sino para mostrar a través de ella que las evidencias empíricas

⁴⁹ A mi juicio, Lowe está siendo demasiado generoso al conceder que tales herramientas son capaces de mostrar *causas* en lugar de meras correlaciones: esta es una cuestión aún abierta.

de las que nos proveen las neurociencias podrían ser incapaces de sentenciar la falsedad del dualismo. Dado que, como ya he señalado anteriormente, todo lo que las herramientas de las neurociencias muestran son correlaciones entre la experiencia subjetiva y las propiedades cerebrales, el dualismo no sería incompatible con la neuropsiquiatría siempre que acomode tales correlaciones:

One can be a dualist about the mind and make sense of all neuroscientific findings so long as one holds that among human beings there are reliable correlations between brain events and mental events. So long as such correlations hold, one can say that brain scans can give one good reason to think that someone is in pain, for example. For the dualist, what one sees in the brain scan is not itself pain, but is a reliable marker for pain. This is good enough for brain scanning research to be worthwhile. (R. Cooper 2007a, 105).

En realidad, no hace falta adherirse a una postura dualista para afirmar que aquello que muestra la neuroimagen no es el dolor, sino un biomarcador que indica la presencia de dolor: cualquier materialismo no reduccionista estaría también acuerdo con esta afirmación. Desde la neuropsiquiatría se asume, en cambio, que los hallazgos de las neurociencias son una evidencia a favor del monismo ontológico (Moreira-Almeida, Araujo, y Cloninger 2018). Desde la filosofía de la psiquiatría, puede objetarse que tales hallazgos pueden ser acomodados tanto por un fisicalismo donde la mente sea producto del cerebro o idéntica a él, como por un dualismo donde la mente se manifieste a través del cuerpo.

El dualismo, a pesar de todo, goza usualmente de mala consideración hoy en día, especialmente en el ámbito de la neuropsi-

quiatria. Por ejemplo, a juicio de los psiquiatras Steven Hyman y Eric Nestler (1993), aun reconociendo que la pregunta filosófica por la relación precisa entre la conciencia y la función cerebral sigue sin responderse, “it is not necessary to await better solutions to that age-old question to see that the Cartesian position [...] is untenable, unhelpful, and sometimes just silly” (p. 203). No obstante, el dualismo suele representarse de una manera incorrecta —por ejemplo, aseverando que Descartes postuló dos sustancias que no interactúan entre ellas, lo cual es falso— y, además, no suele trazarse la distinción entre dualismo de sustancias y dualismo de propiedades, de modo que las críticas se dirigen indiferenciadamente hacia ambos (cf. Moreira-Almeida, Araujo, y Cloninger 2018; Maung 2019).

El dualismo es también a menudo identificado como una fuente de problemas para el avance de la (neuro)psiquiatría. Así pues, aunque en el lenguaje ordinario hablemos de enfermedades mentales y de enfermedades cerebrales, se defiende que esta distinción no sería adecuada para abordar el fenómeno debidamente. Podemos ver esta posición expresada en los siguientes pasajes:

The distinction between mind and brain is embedded in the language that we use every day. "Brain" refers to a physical organ, while "mind" refers to an abstract concept. Because it is not palpable, mind is sometimes considered less "real." On the other hand, because it is "only physical," the brain is sometimes considered less interesting or important. But just as the dancer and the dance are indistinguishable, so too are the brain and the mind. They are two different words that refer to the same thing/activity, and neither exists without the other in living human beings. What we call the mind is the product of activity occurring in the brain at the molecular, cellular, and anatomical levels.

(Andreasen 2001, 27).

En estas líneas, por cierto, observamos la falta de rigor conceptual que he señalado anteriormente: primero, Andreasen afirma que mente y cerebro son *two different words that refer to the same thing/activity*, lo cual apunta a una relación de identidad entre ambos: mente y cerebro son dos caras de la misma moneda, dos descripciones bajo las cuales referirse al mismo fenómeno; en la siguiente línea, en cambio, afirma que *what we call the mind is the product of activity occurring in the brain at the molecular, cellular, and anatomical levels*, lo cual sugiere otro tipo de relación entre ambos: una relación de tal vez de supervinencia o probablemente de causalidad. Observemos también la analogía que Andreasen emplea, porque en ella establece una relación de identidad, pero parece que, de hecho, se refiere a otro tipo de relación: *just as the dancer and the dance are indistinguishable, so too are the brain and the mind*. En realidad, el bailarín y la danza sí que son distinguibles: el bailarín es el agente que lleva a cabo una acción, la danza. Por así decirlo, la danza es producto del bailarín. ¿Cómo entendemos, pues, esta analogía con respecto a la mente y el cerebro? Aunque explícitamente se enuncie que son indistinguibles, parece que en realidad se apunta a que uno es producto de otro. Es curioso, por otra parte, que Andreasen denuncie aquí precisamente el hecho de que lo mental sea considerado a veces como *menos real* que lo biológico o lo físico, dado que ella misma ha manifestado que aquello que puede establecer un diagnóstico como real es ir más allá de sus “surface features and seek to identify actual neural or genetic mechanisms.” (Andreasen 1995, 162). Es decir, la existencia de causas neuronales y genéticas —físicas, en última instancia— se emplearía como criterio de realidad. Que la mente sea considerada a veces como menos real porque no es palpable no es

algo que se siga del dualismo que parece criticar aquí —todo lo contrario—, sino que parece más bien expresar la visión de la propia autora, quien la dota de realidad al reducirla o ligarla, en última instancia, al cerebro.

Un espíritu similar expresan Insel y Cuthbert en el siguiente pasaje:

recently psychiatry has undergone a tectonic shift as the intellectual foundation of the discipline begins to incorporate the concepts of modern biology, especially contemporary cognitive, affective, and social neuroscience. As these rapidly evolving sciences yield new insights into the neural basis of normal and abnormal behavior, syndromes once considered exclusively as “mental” are being reconsidered as “brain” disorders—or, to be more precise, as syndromes of disrupted neural, cognitive, and behavioral systems. But before research on the convergence of biology and behavior can deliver on the promise of precision medicine for mental disorders, the field must address the imprecise concepts that constrain both research and practice. Labels like “behavioral health disorders” or “mental disorders” or the awkwardly euphemistic “mental health conditions,” when juxtaposed against brain science, invite continual recapitulation of the fruitless “mind-body” and “nature-nurture” debates that have impeded a deep understanding of psychopathology. (Insel y Cuthbert 2015, 499).

Aunque seguidamente los autores expresan que tal vez sea demasiado prematuro sustituir “the language of ‘mental disorders’ to ‘brain disorders’ or ‘neural circuit disorders’” (*ídem*), también señalan que esta es la senda que está siguiendo —y debe seguir— la psi-

quiatria, de modo que “As new diagnostics will likely be redefining ‘mental disorders’ as ‘brain circuit disorders,’ new therapeutics will likely focus on tuning these circuits” (p. 500). La postura de Insel y Cuthbert es importante porque, recordemos, dirigieron el NIMH y la investigación psiquiátrica en el nuevo marco de los RDoC, pero no por ello es menos ambigua —tal vez deliberadamente, podríamos añadir—. Examinaré este aspecto un poco más adelante.

Dualismo de propiedades

Por último, quisiera ahora mencionar otro tipo de dualismo, el de propiedades, donde lo mental también es concebido de manera diferente a lo físico, pero sin llegar a postular dos sustancias. Esta postura fue notablemente mantenida por David Chalmers, quien defiende un *naturalismo dualista*, donde se acepta una forma de naturalismo no reduccionista y se toma la experiencia subjetiva como un fenómeno fundamental:

I suggest that a theory of consciousness should take experience as fundamental. We know that a theory of consciousness requires the addition of something fundamental to our ontology, as everything in physical theory is compatible with the absence of consciousness. We might add some entirely new nonphysical feature, from which experience can be derived, but it is hard to see what such a feature would be like. More likely, we will take experience itself as a fundamental feature of the world, alongside mass, charge, and space-time. (David J. Chalmers 2007, 359-60).

La idea básica es que Chalmers distingue entre los procesos psicológicos —como la percepción o la cognición— y la fenomenología mental —la experiencia subjetiva—. Mientras que los primeros son

susceptibles de ser estudiados desde la neurología, encontrando los procesos cerebrales subyacentes, con ello no estaremos arrojando luz sobre el hecho de que cierto proceso psicológico vaya acompañado de una experiencia consciente. La experiencia subjetiva se mantendría como un hecho adicional e irreductible a los hechos físicos.

El naturalismo dualista de Chalmers ha sido defendido como compatible con los hallazgos de las neurociencias (Maung 2019). A juicio de Hane Htut Maung, las neurociencias sólo necesitan lidiar con el *easy problem* de la conciencia —según lo acuñó el mismo Chalmers (1995)—, esto es, “the problem of explaining the psychological processes involved in the causation of behaviour in terms of physical processes in the brain” (Maung 2019, 66), pero no así con el *hard problem*, esto es, “the question of why these physical processes are accompanied by the phenomenal quality of experience” (*ídem*). Así pues, aunque una descripción de un síntoma como un estado de ánimo deprimido pueda estar, de hecho, correlacionada con una experiencia subjetiva, también rastrea un estado psicológico que produce, entre otros, llanto y aversión a la actividad, así como el reporte verbal “me siento deprimido”.

It is this psychological state that is the explanandum when one is seeking to characterise depressed mood in biological terms, as the psychological state is what is causally responsible for producing the observed behavioural manifestations and relevant verbal report. Hence, the mapping of self-reported symptoms onto measurable processes at the neuronal level is actually part of the “easy” problem. It is the task of specifying what neuronal mechanisms underlie the psychological states that have causal roles in producing the relevant behavioural syndromes. For this

purpose, it is not necessary to answer the metaphysical question of why these neuronal mechanisms are accompanied by phenomenal qualities. (Maung 2019, 66).

Asumir la postura de Maung —y de Chalmers— implica, bajo mi punto de vista, concebir los estados fenomenológicos como epifenómenos, esto es, como productos o *acompañantes* de los estados físicos, carentes de poder causal. Esta era una consecuencia que el propio Chalmers deseaba evitar, pero es difícil ver de qué manera podría escapar de ella.⁵⁰ El problema reside en que el dualismo de propiedades pretende otorgar una realidad irreductible a la experiencia consciente, lo cual precisamente se ve socavado si esta es un epifenómeno, carente de poder causal, pues, ¿cuál es la realidad de aquello que no tiene poder causal alguno?

TEORÍAS DE LA RELACIÓN MENTE-CUERPO: FISCALISMOS

Las teorías de la relación mente-cuerpo que defienden la existencia de una única sustancia, material, reciben comúnmente el nombre de *fiscalismo*, *materialismo* o *monismo ontológico*. En este apartado traeré a colación cuatro de ellas: en primer lugar, la más radical, el *materialismo eliminativo* o *eliminativismo*, doctrina metafísica que niega la existencia de lo mental y aboga por la eliminación de los conceptos psicológicos—; en segundo lugar, el *monismo anómalo*, un tipo de fiscalismo no reduccionista que persigue dotar de autonomía a lo mental; en tercer lugar, las *teorías de la identidad de tipos*,

⁵⁰ A este respecto, es pertinente mencionar que Frank Jackson (1982) sostiene una postura similar a la de Chalmers y, en cambio, acepta sin problemas la conclusión de que los estados fenomenológicos, los *qualia*, son epifenómicos. Aceptar o no esta conclusión dependerá, por tanto, de nuestra sensibilidad filosófica hacia el papel que deben o no tener tales estados mentales.

donde se defiende la identidad entre tipos de estados mentales y tipos de estados cerebrales; y, por último, el *funcionalismo*, que puede ser compatible también con el fisicalismo, y concibe las propiedades mentales como propiedades funcionales.

Materialismo eliminativo

Comencemos por el materialismo eliminativo. Esta doctrina afirma que nuestra concepción ordinaria de la mente, la *psicología popular*, es falsa e inadecuada para formar parte de teorías científicas respetables. Tanto Willard V. O. Quine ([1960] 2013; 1969),⁵¹ como Patricia Churchland ([1989] 2006) y Paul Churchland (1981; [1984] 2013) son importantes exponentes del materialismo eliminativo, siendo los argumentos de este último los que han alcanzado mayor popularidad. En líneas generales, los partidarios de las posturas eliminativistas han sostenido que la mente y las propiedades mentales no forman parte de la realidad, de modo que los conceptos psicológicos carecen de extensión y, por tanto, han de ser eliminados de la ciencia. En este sentido, el materialismo eliminativista sería entendido como “a metaphysical claim about the ontological status of the posits of commonsense psychology; as the claim that there exists nothing that corresponds to the concept in question—it picks out nothing real” (Ramsey 2019).

Otra manera de aproximarse a la eliminación de los conceptos de la psicología popular en el terreno científico sería mantener que estos apuntan a algo *real* —a cierto estado neurológico, por ejemplo, pues se entiende que sólo lo físico es real— pero que fallan a la hora de establecer categorías científicamente válidas, bien sea porque no

⁵¹ A pesar de haber formulado inicialmente tesis eliminativistas, Quine declaró posteriormente aceptar el monismo anómalo de Donald Davidson, conforme señala Carlos Moya (2006, 134).

representan adecuadamente clases naturales, bien porque no permiten generalizaciones útiles, o por otros motivos. En este caso, no estaríamos frente a una propuesta metafísica eliminativista, sino que quedaría limitada a la eliminación de las categorías psicológicas en el campo de la ciencia. Dicho de otro modo, la mente sería real, pero los conceptos psicológicos no representarían adecuadamente la realidad de lo mental, por ejemplo porque conceptos como el de creencia o intención no recogen clases naturales. En realidad, esta afirmación del eliminativismo encierra cierta verdad: el encaje de la psicología y la neurociencia es problemático, como muestra el hecho de que actualmente los hallazgos neurocientíficos no hayan sido incorporados en el terreno clínico o psicológico.⁵² Este problema es conocido como el *explanatory gap*, en referencia a la brecha existente entre el lenguaje de ambas disciplinas y su difícil conexión.

The fundamental problem in integrating the different sources of psychiatric knowledge (clinical psychology, psychopathology, and neurosciences) is termed the “explanatory gap.” The explanatory gap refers to the incommensurability of the nomothetic and ideographic disciplinary languages (Broome 2008). From a practical standpoint this means that the construct of “depression” in clinical psychology/psychopathology and in neuroscience are defined and measured in sometimes incompatible ways. (Stoyanov, Borgwardt, y Varga 2015).

⁵² Esta integración se muestra problemática en muchos niveles. Por ejemplo, las aproximaciones *biopsicosociales* a la comprensión y tratamiento de la enfermedad mental, por muy bien que suenen, a menudo no suponen más que una etiqueta vacía. A juicio de algunos psiquiatras, como Julio Sanjuán (2016), la verdadera integración de las terapias dirigidas al cerebro y las dirigidas a la mente es tanto la asignatura pendiente de la práctica clínica como un tema que aparece recurrentemente en congresos, sin llegar a ser abordado como se debiera.

Lo que se esconde tras esta dificultad, como el anterior pasaje menciona, es la tensión —a la que ya me he referido anteriormente— existente entre el *método nomotético*, basado en el uso de categorías y criterios generalizados, y el *método idiográfico*, centrado en la comprensión individual de cada caso (Schäfer 1999; Matthew R. Brome 2009). La manera que la psiquiatría ha encontrado de intentar acortar esta brecha es el empleo de entrevistas estructuradas y escalas de evaluación, que dejan poco o ningún espacio para la elaboración personal; en otras palabras, intentar aproximarse todo lo posible a la estandarización que precisa el método nomotético para ofrecer explicaciones en términos causales.

Una aproximación más radical al problema sería, básicamente, la eliminación de los conceptos psicológicos en psiquiatría: la solución para que no haya una brecha entre unas explicaciones y otras sería sencillamente la de desterrar las explicaciones psicológicas y sus conceptos. Desde una aproximación radical fisicalista como el eliminativismo, se puede entender que lo que muestra el *explanatory gap* no es un problema epistemológico a solventar tendiendo puentes entre psicología y neurociencias, sino más bien el hecho de que los conceptos psicológicos no consiguen rastrear nada *real*, asumiendo que únicamente lo físico es real —en este sentido, la biología sería también reducida, en última instancia, a la física—.

La beligerancia que a menudo muestra la biopsiquiatría hacia la psicología ha sido interpretada como un indicativo de que la teoría metafísica que se esconde tras la concepción de la enfermedad mental como enfermedad cerebral es un materialismo eliminativo. Así lo defiende, por ejemplo, Peter Zachar (2000b). A juicio de Zachar, esta sería la corriente dominante hoy en día, a la cual se refiere como *materialismo biológico*. En esta corriente no tienen cabida las explicaciones en términos psicológicos, concebidas ahora como

artefactos precientíficos. Los psiquiatras adscritos a esta corriente entienden que su objeto de estudio y tratamiento es el cerebro, el cual precisa de un abordaje puramente científico-natural, de modo que el horizonte de la psiquiatría es el que mencionaba al inicio de este capítulo: su fusión con la neurología.

Tanto la hostilidad de la biopsiquiatría hacia la psicología como el frecuente hecho de que se intente explicar su funcionamiento y evaluar sus resultados a través de parámetros biológicos, cerebrales, podría hacernos sospechar de que estamos ante posturas eliminativistas. La evaluación de la psicología desde un nivel inferior, podría ser hasta cierto punto, no obstante, compatible con posturas alejadas del eliminativismo, como por ejemplo el emergentismo, en una búsqueda de las leyes puente que conectan biología y mente. Observemos el siguiente pasaje de Eric Kandel, premio Nobel y defensor de la integración entre psicoanálisis y neurociencia —postura, por otra parte, poco común hoy en día—, donde sostiene que el objetivo de la psiquiatría debería ser el de crear una *verdadera biología molecular de la cognición*:

[...] developing new strategies for combining reductionist [bottom-up] and holistic approaches [top-down] in order to provide a meaningful bridge between molecular mechanisms and mental processes: a true molecular biology of cognition. If this approach is successful in the twenty-first century, we may have a new, unified, and intellectually satisfying view of mental processes. (Kandel 2005, 206).

Observemos también este otro pasaje, perteneciente a un artículo fundacional de Kandel, que llevaba por título “A New Intellectual Framework for Psychiatry”, y pretendía delinear “the beginnings of a

new intellectual framework for psychiatry that derives from current biological thinking about the relationship of mind to brain” (Kandel 1998, 457):

Insofar as psychotherapy or counseling is effective and produces long-term changes in behavior, it presumably does so through learning, by producing changes in gene expression that alter the strength of synaptic connections and structural changes that alter the anatomical pattern of interconnections between nerve cells of the brain. As the resolution of brain imaging increases, it should eventually permit quantitative evaluation of the outcome of psychotherapy. (p. 460).

Estos dos pasajes pueden ser leídos en clave emergentista, en tanto que parece aceptar la causalidad mental —junto a la psicología como una forma de terapia efectiva— y la existencia de leyes puente entre los mecanismos moleculares y los procesos mentales. El problema es que, poniendo el foco únicamente en las leyes puente que intenten conectar lo mental con lo biológico, nos alejamos de un aspecto esencial de esta postura, a saber, la autonomía de la psicología. Aunque explícitamente expresemos nuestra adhesión a cierta teoría de la relación cuerpo-mente, nuestra investigación y práctica pueden poner en cuestión que, de hecho, esa sea la teoría que más satisfactoriamente dé cuenta de la relación cuerpo-mente que estamos empleando. Si solamente centramos el foco en la conexión entre biología y mente, y consideramos que —además de posible— es una buena opción evaluar los resultados de la psicoterapia a través de mediciones cuantitativas del cerebro, probablemente nuestra sensibilidad sea más fisicalista que la que subyace al emergentismo.

Algunos autores no dudan en atribuirle a Kandel un espíritu fi-

sicalista radical, donde “there is *nothing more* to human affairs than “mere mechanism” in the form of molecules, genes, chemistry, and so on” (McLaren 2008, 115). Otros, en cambio —entre los que yo me alineo— observan la ambigüedad de su postura; incluso en el artículo fundacional que acabo de mencionar y que pretendía establecer un nuevo marco intelectual para la psiquiatría, clarificando desde la biología la relación entre la mente y el cerebro, se pueden detectar teorías tan dispares sobre la relación mente-cuerpo como el fisicalismo reduccionista, funcionalismo, emergentismo, epifenomenalismo... (ver van Oudenhove y Cuypers 2010).

Algo similar ocurre en el caso de Andreasen, cuya ambigüedad también vengo destacando en este trabajo. Conforme destaca Zachar, aun cuando Andreasen se propone introducir factores ambientales en sus explicaciones psiquiátricas —necesarias para dar cuenta de la expresión génica, pues es evidente que está mediada por el ambiente—, no consigue señalar más que factores que, en última instancia, nos llevan de retorno a la fisiología:

the variables to target for further research include maternal nutrition, maternal substance abuse, labor and delivery, childhood illnesses that might produce some type of encephalitis, various viral illnesses including slow viruses, and head injury. This recommendation is an excellent example of reformulating all problems into problems of biology because environmental is defined in such a way that it is directly translatable into concrete physiological consequences. Traditional environmental variables such as expressed emotion are eliminated. (Zachar 2000b, 185).

A mi juicio, aunque Andreasen no parece suscribir el eliminativismo metafísico —por ejemplo al afirmar que las enfermedades mentales

son “the illnesses that arise from the brain and are expressed through the mind” (Andreasen 2001, 4)— sí que parece suscribir la eliminación de los conceptos mentales en el terreno científico: no sólo desaparecen las explicaciones en términos psicológicos, sino que cuando se integran variables allende lo biológico para explicar, en último término, una enfermedad mental, estas nos remiten nuevamente a la biología. Así pues, aunque debido a la ambigüedad presente en los escritos psiquiátricos es imposible hacer una atribución certera de la metafísica que subyace, el eliminativismo, tanto ontológico como epistemológico, encaja bien a menudo tanto con el discurso, cuanto con la práctica de la biopsiquiatría.

En el terreno filosófico, como era de esperar, diversas críticas se han formulado al eliminativismo. Entre ellas, encontramos una parecida a la que se formuló también al epifenomenalismo: que difícilmente podremos dar cuenta de la subjetividad y el comportamiento humano sin las explicaciones y conceptos psicológicos y, sobre todo, sin la mente. Conforme lo expresó Mario Bunge (1977), eliminar la mente nos llevaría incluso a acabar con la distinción entre:

appearance and reality, i.e., between facts as perceived by a sentient being (i.e. phenomena) and facts as they are independently of the organism. Nor does eliminative materialism distinguish between *Homo sapiens* and its nearest cousin the amazing chimpanzee, so similar at the cellular level and yet so different at the organismic level. (p. 506).

Otro tipo de críticas han adoptado la forma de un ataque a la concepción de la psicología popular presentada por el eliminativismo y/o una defensa de sus virtudes (ver Ramsey 2019) Argumentos de ambos tipos son esgrimidos por Zachar (2000b) quien —en su ofensi-

va contra el materialismo biomédico— esgrime que la tesis de que la psicología popular forma parte del sentido común y no de la ciencia ha de presuponer una división entre ciencia y sentido común mucho mayor de lo defendible. Además, Zachar sostiene también que si aceptamos que los conceptos científicos son respetables por su consistencia interna y su validez predictiva, entonces numerosos conceptos de la psicología popular podrían ser también considerados científicamente respetables.

Monismo anómalo

El monismo anómalo⁵³ es un tipo de fiscalismo no reduccionista propuesto por Donald Davidson (1980) a principios de los años setenta. Esta doctrina “defiende el determinismo físico, sostiene también que los fenómenos mentales son fenómenos físicos y, sin embargo, defiende el indeterminismo mental” (Moya 2006, 119). El monismo anómalo comprende la relación entre los fenómenos mentales y los físicos como una relación de supervinencia: no hay dos fenómenos iguales en sus aspectos físicos que sean diferentes en algún aspecto mental; o, dicho de otro modo, para toda diferencia mental debe haber una diferencia física. El monismo anómalo, además, se presenta como una teoría de la identidad de casos al identificar cada estado mental particular con un estado físico particular. Es, por tanto, una versión menos ambiciosa que la teoría de la identidad de tipos que veremos a continuación.

El monismo anómalo acepta también que los fenómenos físicos pueden ser subsumidos bajo leyes estrictas⁵⁴ que nos permitan

⁵³ Probablemente, habría sido menos confuso llamar a esta posición *monismo anómico*, pues este monismo defiende la inexistencia de ciertas leyes. Dado que *anómalo* es también sinónimo de *extraño*, esto nos puede despistar.

⁵⁴ Por *ley estricta* hemos de entender: “aquella que puede ser refinada has-

predecirlos, pero niega la existencia de leyes estrictas que rijan la interacción psicofísica y la psicología, de ahí la etiqueta de *anómalo*.

Davidson basa su defensa de la inexistencia de leyes psicofísicas estrictas —leyes que contienen descripciones psicológicas y físicas— en un razonamiento *a priori*. De acuerdo con Davidson, la adscripción de propiedades mentales y la adscripción de propiedades físicas se rigen por principios constitutivos diferentes, estando sometida la primera al *principio constitutivo de la racionalidad*. Según este principio, cuando atribuimos estados intencionales (como las creencias y deseos) a un sujeto, lo hacemos presuponiendo que gozan de cierto grado de coherencia y consistencia; es por ello que la adscripción de tales estados debe hacerse en conjunto, racional, y no individualmente. Dicho en otras palabras: cuando pretendemos dar una explicación racional de la conducta o creencias de alguien, hemos de atribuirle numerosos estados intencionales que formen un conjunto coherente y consistente —si bien habría que dejar un margen para algunas incoherencias e incluso contradicciones (Davidson 2004)—. La adscripción de propiedades físicas, en cambio, no viene regulada por semejante principio, dado que no existe necesidad de racionalización alguna. Esta discrepancia es, a juicio de Davidson, la responsable de que no puedan existir leyes psicofísicas estrictas. Para exponer este punto, seguiré a David Pineda (2012, 221-22) en su interpretación del monismo anómalo. Supongamos que el enunciado “si un individuo está en un estado físico tipo F, entonces ese individuo está en un estado mental tipo M” es una ley estricta. Supongamos también que M es un concepto de actitud intencional y F un concepto neurofisiológico. Ello implicaría que sería suficiente

ta eliminar todas sus excepciones sin necesidad de recurrir a conceptos que no pertenezcan al marco teórico en que se formula la ley originalmente” (Pineda 2012, 212).

con atribuirle a tal individuo el estado físico F para inferir su estado mental M. Si esto es así, nuestro uso del concepto psicológico M es incorrecto porque estamos desatendiendo el principio de racionalidad al atribuirle un estado mental intencional de manera aislada, en lugar de hacerlo en un conjunto capaz de dotarlo de racionalidad.

Además, como decía más arriba, el monismo anómalo no sólo niega la existencia de leyes psicofísicas, sino también la de leyes psicológicas estrictas. De acuerdo con Davidson, la psicología no puede ser subsumida bajo leyes estrictas porque los eventos físicos afectan a los procesos mentales, lo cual imposibilita que la psicología sea un sistema causalmente cerrado, condición necesaria para la existencia de leyes estrictas. Por ejemplo, mi intención de presentarme a un examen podría verse frustrada por una migraña. Así, “cualquier enunciado universal expresado exclusivamente en términos psicológicos puede tener excepciones consistentes en la presencia (o ausencia) de acaecimientos físicos no mentales” (Pineda 2012, 212), imposibilitando la existencia de leyes estrictas psicológicas. Aunque Davidson considera que los conceptos psicológicos son respetables y necesarios para dar cuenta del comportamiento de los seres humanos —el cual ha de formularse en términos de deseos, creencias, intenciones, etc.—, negar la posibilidad de la existencia de leyes psicológicas estrictas supone rebajar las pretensiones de la psicología, que ahora habría de conformarse con generalizaciones aproximadas.

Uno de los problemas que presenta el monismo anómalo es que, al depender del principio de racionalidad, es difícilmente extensible a los estados mentales fenomenológicos, como por ejemplo las sensaciones. Apoyándose en esta crítica, Rachel Cooper (2007b) argumenta que la aplicación del monismo anómalo como doctrina metafísica que vertebre la teoría psiquiátrica es limitada:

If Davidson is right our beliefs and desires must be governed by the principle of rationality. But there are many other types of mental states to which rational norms will not apply. Pains, nightmares and feelings of panic, for example, will not be governed by the principle of rationality, and thus even if one buys into Davidson's argument, psychological theories about such states might be reduced to physical terms. (p. 120).

El propio Davidson reconoce este hecho cuando afirma que sus argumentos quedan "limited in application to branches of psychology that make essential reference to 'propositional attitudes' such as belief, desire and memory, or use concepts logically tied to these, such as perception, learning and action" (citado por R. Cooper 2007b, 119). Vemos que en este pasaje, no obstante, Davidson considera que el monismo anómalo es de aplicación no sólo en las ramas de la psicología referidas a las actitudes proposicionales, sino también en aquellas otras que emplean conceptos que están lógicamente ligados con ellas. A tenor de esta precisión, parece que Cooper constriñe en exceso la aplicación del monismo anómalo en psiquiatría: sería posible defender que las pesadillas y el pánico están conectados con actitudes proposicionales, como por ejemplo las creencias del individuo; esto parece más difícil, en cambio, en el caso del dolor, si bien con un matiz: si el dolor es de origen psicossomático —es decir, el tipo de dolor que trataría la psiquiatría—, entonces también parece que podríamos vincularlo con los estados intencionales del individuo. Sólo un examen cuidadoso de la relación de los estados intencionales con los estados mentales que trata la psiquiatría puede llevarnos a establecer el alcance del monismo anómalo en su seno; no obstante, también ha de señalarse que los intentos de extender el monismo anómalo a todos los estados mentales no han resultado demasiado

satisfactorios.

Otro argumento que Cooper articula para limitar el alcance del monismo anómalo en psiquiatría es el siguiente:

In addition it is questionable whether states such as delusional “beliefs” act in ways that accord with the principle of rationality. Delusional beliefs behave differently from normal beliefs. Normal beliefs are revisable in the light of new evidence [...] This is part of what it means to say that normal beliefs are governed by the principle of rationality. In contrast, delusions are retained even when there is good evidence that they are false, and their links with other mental states may also be odd (so in some cases deluded people fail to act on their deluded beliefs, for example). To the extent that delusions do not act as normal beliefs, they will not be governed by the principle of rationality and Davidson’s argument will not apply to them either. (p. 120).

Con este argumento concluye Cooper que buena parte de la teoría psiquiátrica podría ser reducible a alguna ciencia más básica, de acuerdo con las premisas de Davidson. A mi parecer, la medida en que el monismo anómalo pudiera salvar esta objeción, dependería de cómo articuláramos la noción de racionalidad y de cuán dispuestos estemos a aceptar que en el delirio existe algún tipo de *lógica interna*. No es mi intención aquí explorar esa línea de argumentación, pero sí que me parece interesante señalar que algunos autores construccionistas sociales han argumentado sobre ello, reformulando los delirios no como un fallo en la racionalidad del individuo, sino como un fenómeno intersubjetivo:

delusions originate in an inter-personal difference over what is

regarded as real. For instance, one person may think they are being followed by the CIA whereas the other does not. In Pollner's (1975: 412) words situations such as this revolve around different 'versions of reality'. Similarly, Georgaca (forthcoming) notes that delusions originate in a 'discrepancy' between two descriptions of the world and Harper (1999) that one person finds another's belief 'implausible'. The key element in all these formulations is that two people differ over what they consider real. However, on many occasions differences such as these can be resolved by reference to shared standards which adjudicate on the correct version of reality. So, the second step in the argument is that, with delusions, there are no shared standards which can decide whose version of reality is correct. Pollner (1975: 418) gives a clear example of this situation involving a patient who claimed he could levitate objects. When his psychiatrist pointed out that a heavy desk he had chosen to make rise had, in fact, not moved the patient retorted 'Sir, that is because you do not see cosmic reality'. In Heise's (1988: 267) words, situations such as these are built around 'alternative realities' since both parties to the dispute have (a) their own version of reality and (b) their own standards by which to assess it. (Palmer 2000, 665-66).

Nótese que argumentos en esta línea podrían ser mantenidos sin llegar a formular la tesis de que la realidad misma se halla construida socialmente, sino simplemente manteniéndonos en un plano epistémico donde aceptemos que cada sujeto construye de manera diferente lo que concibe como real, con sus propios estándares para así juzgarlo. El punto que intento mostrar es que, en este sentido, sería posible mantener esa distinción entre los principios que rigen la

atribución de propiedades físicas y de propiedades mentales que resulta esencial en el monismo anómalo, pues la adscripción de estados mentales seguiría regida por un principio característico, en tanto que habría de atender a cierta lógica interna de lo mental.

Ahora bien, más allá del alcance del monismo anómalo en psiquiatría, lo cierto es que esta teoría enfrenta importantes críticas en el terreno filosófico (ver Moya 2006; Pineda 2012; Yalowitz 2014). De entre ellas, la que resulta más relevante para este trabajo es la que deriva de la relación de supervinencia que Davidson plantea respecto de lo mental sobre lo físico, pues no consigue retener la causalidad mental dado que las únicas propiedades causalmente relevantes son las físicas, de modo que acaba cayendo en el epifenomenalismo, en contra de sus intenciones.

Teorías de la identidad de tipos

La teoría de la identidad mente-cerebro, en su versión de tipos, es una doctrina metafísica de gran relevancia para la biopsiquiatría, pues a menudo puede ser rastreada en los escritos y prácticas de esta disciplina. Una primera versión de la teoría de la identidad de tipos fue defendida por Ullin T. Place (1956) y John J. C. Smart (1959). Place y Smart han defendido que cada tipo de estado o proceso mental es idéntico a un tipo de estado o proceso neurofisiológico. Inicialmente, Place (1956) postuló una relación de constitución, más que de identidad, entre los procesos cerebrales y los mentales: en este sentido, habríamos de entender que cuando decimos, por ejemplo, que la conciencia es un proceso en el cerebro, estamos aseverando algo similar a “el rayo es una descarga eléctrica”. Así pues, aunque “rayo” y “descarga eléctrica” no signifiquen lo mismo, sí que son el mismo fenómeno: a pesar de que los conceptos “rayo” y “descarga eléctrica” no comparten el mismo sentido, sí

comparten una misma referencia. Un ejemplo clásico empleado para ilustrar esta relación de identidad es el del dolor: el dolor sería siempre idéntico, digamos, a la activación de las fibras C. Ahora bien, esta relación de identidad no es una relación necesaria, sino contingente, y es por ello que la corrección de la teoría de la identidad de tipos es una cuestión a dirimir empíricamente.

Si la teoría de la identidad de tipos fuera cierta, deberíamos encontrar correlaciones consistentes entre tipos de estados o procesos mentales y tipos de estados o procesos cerebrales: por ejemplo, cada vez que alguien sintiera dolor, debería observarse la misma activación en las mismas fibras C. Es importante subrayar que la teoría de la identidad mente-cerebro no defiende meramente que exista una correlación entre un estado o proceso mental y un estado o proceso cerebral, sino que tal estado o proceso mental *es* un estado o proceso cerebral. Si esta teoría es correcta, se sigue, por lo tanto, que deberíamos observar una correlación absoluta entre tipos de estados o procesos mentales y físicos; evidencia a partir de la cual inferiríamos —no sin problemas, como veremos— que ambos fenómenos son el mismo.

Place y Smart propusieron esta teoría metafísica como una alternativa a la concepción cartesiana de la mente, donde los fenómenos aparecen en la mente como si de un teatro se tratara, de modo que cuando damos una descripción de ellos estamos refiriéndonos a los objetos no físicos existentes en nuestra mente. Frente a esta concepción, las teorías de la identidad afirman que cuando realizamos descripciones de nuestros estados internos no estamos sino describiendo, en realidad, estados o procesos físicos, cerebrales. Desde esta posición entenderíamos, por ejemplo, que cuando alguien afirma “me siento deprimido” no está sino describiendo en términos subjetivos un estado neurofisiológico, como podría ser, por ejemplo, un déficit

de serotonina en cierta área cerebral. Esto no significa que el contenido semántico de ambas descripciones sea el mismo, sino que son dos descripciones diferentes de un mismo proceso:

In taking the identity theory (in its various forms) as a species of physicalism, I should say that this is an ontological, not a translational physicalism. It would be absurd to try to translate sentences containing the word 'brain' or the word 'sensation' into sentences about electrons, protons and so on. (Smart 2017, §3).

La teoría de la identidad de tipos es un fisicalismo reduccionista y, si ella fuera cierta, sería posible reducir las leyes de la psicología a las de la neurología, en tanto que ambas versan, a fin de cuentas, sobre el cerebro. Esta es, posiblemente, una teoría que podrían suscribir aquellos que afirman que la enfermedad mental *es* una enfermedad cerebral: dos tipos de procesos que, en principio, parecen ser en algún sentido ontológicamente diferentes o irreductibles, no son sino idénticos. Además, dado que la teoría de la identidad de tipos defiende que las leyes psicológicas pueden ser reducidas a leyes neurofisiológicas, parece igualmente plausible que esta teoría subyazca a la aspiración de la neuropsiquiatría de reformularse en los términos de la neurología. A este respecto, sin embargo, hay que hacer una observación: si bien es cierto que las leyes psicológicas podrían ser reducidas a leyes neurológicas según los teóricos de la identidad, no es menos cierto que estos teóricos no pretenden sustituir el lenguaje mental por el lenguaje neurofisiológico, pues aceptan que hay diferencias de sentido entre ambos: "Strictly speaking it need not hold that the mind is identical to the brain. Idiomatically we do use 'She has a good mind' and 'She has a good brain' interchangeably but we would hardly say 'Her mind weighs fifty ounces'" (Smart 2017, §1).

Este aspecto tiene mal encaje con la beligerancia hacia la psicología que a menudo puede observarse en el ámbito de la biopsiquiatría; y, como he señalado en el apartado anterior, podría llevarnos a pensar que, en realidad, el espíritu fisicalista que subyace a la biopsiquiatría es aún más fuerte que el de las teorías de la identidad de tipos, asemejándose a las tesis del materialismo eliminativo.

Este punto es importante porque conecta con una acusación que se hace con frecuencia a la biopsiquiatría: ser reduccionista. En efecto, como he señalado, las teorías de la identidad de tipos son reduccionistas en el plano ontológico, pero no tienen por qué serlo en el plano epistemológico. El teórico de la identidad, como vengo señalando, concede que hay diferencias de sentido en los conceptos psicológicos y los neurológicos, de modo que aunque sea posible la reducción, no resulte adecuada en algunos contextos por ser poco explicativa o poco útil. Este podría ser, precisamente, el caso de la clínica psiquiátrica. Atender a esta peculiaridad de las teorías de la identidad nos permite establecer una importante diferencia entre dos tipos de reduccionismo, el constitutivo y el eliminativo:

The former brand of reductionism is accepted by all those who are mind-body monists, and should not be controversial among scientists who take materialism for granted as a working assumption. It acknowledges that all mental events are ultimately rooted in the activities in the nervous system, and strives to uncover the physiological correlates of psychological events. Nevertheless, constitutive reductionism does not assume that the physiological level of analysis is always the optimal level of analysis for understanding psychological events. Eliminative reductionism, in contrast, posits that the physiological level of explanation will eventually “gobble up” all “higher” levels of explana-

tion in Comte's pyramid (e.g., psychological, sociological), rendering them supererogatory. (Lilienfeld 2007, 265).

Esta diferencia es importante: es posible sostener que los estados mentales son constitutivamente estados cerebrales y, aun así, no buscar la reducción de las explicaciones psicológicas a explicaciones neurofisiológicas. Sin embargo, resulta difícil creer que si, de hecho, hubiéramos descubierto las correlaciones absolutas entre los procesos cerebrales y los síntomas mentales, no sólo las explicaciones de la psiquiatría no se formularan en términos neurofisiológicos, sino que las intervenciones terapéuticas no se dirigieran al cerebro, como, de hecho, ya viene sucediendo, a pesar de nuestros más que limitados conocimientos. En este punto resulta pertinente volver a traer un colación un texto que he citado al inicio de este capítulo:

As new diagnostics will likely be redefining “mental disorders” as “brain circuit disorders,” new therapeutics will likely focus on tuning these circuits. What is the best way to tune a negative valence or social processing circuit? Medications might be useful, but recent attention has focused on devices that invasively (deep brain stimulation) or noninvasively (transcranial magnetic stimulation) alter brain circuit activity. (Insel y Cuthbert 2015, 500).

Si los trastornos mentales son trastornos de los circuitos cerebrales, parece que su tratamiento pasará siempre por una modificación, de un modo u otro, del cerebro. Conforme Insel y Cuthbert señalan aquí, diversas formas de estimulación cerebral pueden ser herramientas apropiadas para ello. No obstante, también señalan lo siguiente:

Paradoxically, one of the most powerful and precise interven-

tions to alter such activity may be targeted psychotherapy, such as cognitive behavioral therapy, which uses the brain's intrinsic plasticity to alter neural circuits and as a consequence, deleterious thoughts and behavior (p. 500).

Resulta curioso que Insel y Cuthbert califiquen como “paradójico” el hecho de que la psicoterapia pueda modificar los circuitos cerebrales: si los trastornos mentales son trastornos cerebrales, ¿por qué resulta paradójico que una intervención psicológica modifique el cerebro? Si los estados mentales son estados cerebrales, no habría ningún misterio en que resulte efectiva la psicoterapia. Aquí, el problema de la causalidad mental se disuelve: los estados mentales son causalmente eficaces porque, en realidad, son estados cerebrales. Todo ello parece compatible con el marco que dibujan Insel y Cuthbert. Sin embargo, una no deja de tener la sensación de que, después de todo, sigue habiendo cierto espíritu reduccionista eliminativo en su posición. Insel y Cuthbert (2015) afirman que “[s]hifting from the language of ‘mental disorders’ to ‘brain disorders’ or ‘neural circuit disorders’ may seem premature” (p. 499); que señalen que este cambio es prematuro de alguna manera lo sitúa en el horizonte; aún es demasiado pronto para adoptar el lenguaje de la neurología, por lo que, de momento, habremos de conformarnos con la psicoterapia y con las explicaciones psicológicas, hasta que tengamos una teoría y un tratamiento neurológico más preciso: “before research on the convergence of biology and behavior can deliver on the promise of precision medicine for mental disorders, the field must address the imprecise concepts that constrain both research and practice” (p. 499).

Como he señalado anteriormente, la postura de ambos psiquiatras es de especial relevancia porque ambos han estado al frente del es-

tadounidense NIMH, cuya investigación tiene impacto global, máxime considerando que este organismo pone a disposición de investigadores de todo el mundo importantes líneas de financiación para aquellos proyectos que se adecúen a sus requisitos. Recordemos que del NIMH parte la iniciativa de los RDoC, el nuevo marco para comprender el funcionamiento psicobiológico que persigue conformar una nueva nosología psiquiátrica, alejándose de las clasificaciones basadas en síntomas, como el DSM. Desde su lanzamiento, los RDoC han sido objeto de las críticas de quienes han visto en ellos un espíritu reduccionista eliminativo semejante al que venía presentando la biopsiquiatría (Berenbaum 2013; Pernu 2019). Uno de los textos fundacionales que sembró la polémica declaraba lo siguiente:

First, the RDoC conceptualizes mental illnesses as brain disorders. In contrast to neurological disorders with identifiable lesions, mental disorders can be addressed as disorders of brain circuits. Second, RDoC classification assumes that the dysfunction in neural circuits can be identified with the tools of clinical neuroscience, including electrophysiology, functional neuroimaging, and new methods for quantifying connections *in vivo*. Third, the RDoC framework assumes that data from genetics and clinical neuroscience will yield biosignatures that will augment clinical symptoms and signs for clinical management. (Insel et al. 2010, 749).

La disputa sobre cómo concebir la metafísica que subyace a los RDoC sigue vigente hasta hoy en día. Desde luego, si nos atenemos a los pasajes que hasta ahora he citado, resulta difícil no concluir que, en efecto, estamos nuevamente ante una aproximación fuertemente biologicista. No obstante, algunos de los miembros prominentes del

NIMH se han afanado en aducir que su postura está siendo malinterpretada o que ha habido ciertos errores de comunicación. En este sentido se ha pronunciado reiteradamente Cuthbert —quien tomó el relevo de Insel en la dirección del NIMH— intentando afrontar precisamente las críticas dirigidas a la concepción de los RDoC de los trastornos mentales como trastornos cerebrales.

Cuthbert y Kozak (2013) escriben lo siguiente: “the statements are interpretable as an expression of the need to move beyond symptom-based nosologies for mental disorders toward diagnostic systems based upon mechanisms” (p. 931). Estoy de acuerdo con ambos autores en que, en efecto, la idea de que es preciso alejarse de las nosologías basadas en la agrupación convencional de síntomas está de algún modo tras las anteriores afirmaciones: es precisamente por ello que —a su juicio, y probablemente tengan razón— los programas de validación de las categorías del DSM han resultado fallidos. Así lo afirma el mismo Insel:

So far, we don't have rigorously tested, reproducible, clinically actionable biomarkers for any psychiatric disorder. Genetic findings are statistical associations of risk, not diagnostic of disease; neuroimaging findings report mean group changes, not individual differences; and metabolic findings are not specific. We can improve the resolution with each of these modalities, but we may never have a biomarker for any symptom-based diagnosis because these diagnostic categories were never designed for biological validity. (Insel 2014, 395).

Ahora bien, no es necesario para elaborar una nueva nosología concebir los trastornos mentales como trastornos cerebrales, ni asumir que mediante la identificación de la disfunción en circuitos neurona-

les podremos tratar los trastornos mentales: todo ello nos puede llevar a pensar que se está postulando una eliminación de lo mental en favor de lo biológico. ¿Cómo interpretamos, pues, estas contradictorias declaraciones? A mi juicio, una mejor explicación de lo que aquí está ocurriendo la señalan los propios Cuthbert y Kozak, a saber, que el propio grupo de trabajo de los RDoC es heterogéneo en sus sensibilidades:

Granted, as with any collection of scientists, one can readily find diverse philosophical and scientific viewpoints expressed in various statements from the NIMH. However, although a conscientious reader can detect in publications emanating from the NIMH varying language on reductionism and on the role of biology vis à vis psychology, an essential point is that the RDoC initiative does not rely upon assumptions of eliminative reductionism, or even of biological fundamentalism (e.g., Sanislow et al., 2010). In this regard, it is important to note that the RDoC initiative does not depend conceptually upon a claim of mind-brain identity. (Cuthbert y Kozak 2013, 931).

Lo cierto es que si uno acude a la página web del NIMH dedicada a los RDoC, tal caracterización de los trastornos mentales como trastornos cerebrales, y tal foco en los circuitos neuronales, no aparecen a fecha de hoy por ningún sitio —al menos hasta donde me consta—. De acuerdo con la información allí presentada: “The goal is to understand the nature of mental health and illness in terms of varying degrees of dysfunction in general psychological/biological systems.” (National Institute of Mental Health s. f.). El foco en los circuitos neuronales parece haberse desdibujado un poco —sólo un poco, pues siguen gozando de una consideración privilegiada (Lilienfeld 2014)—

para otorgar mayor visibilidad al resto de dominios desde los que estudiar el continuo entre el funcionamiento normal y patológico.

Como veíamos en el capítulo anterior, en efecto, los RDoC plantean una aproximación al funcionamiento psicobiológico a través de diferentes dominios o unidades de análisis. En este sentido, estoy de acuerdo en que los RDoC no plantean una aproximación eliminativista, pues ni siquiera todas las unidades de análisis son de naturaleza biológica —de hecho, como se ha señalado, se ha abandonado explícitamente el término *niveles* y se ha sustituido por el de *unidades de análisis* para alejar la idea de que existe un nivel de explicación fundamental—. Sin embargo, a pesar de que estos aspectos son difícilmente compatibles con una teoría de la identidad de tipos, aún podrían ser bien acomodados dentro de una teoría de la identidad de casos, como por ejemplo algunas versiones del funcionalismo, el cual trataré a continuación.

Recordemos una cuestión que dejé abierta en el capítulo anterior, el requisito que el NIMH impone para llevar a cabo estudios financiados en el marco de los RDoC: “there had to be evidence for a neural circuit or system that played a primary role in implementing the construct’s function” (Cuthbert 2015, 93). Esta idea de un circuito cerebral que implementa una función recuerda mucho a las tesis del funcionalismo. La imposición de este requisito ha sido interpretada tanto como un argumento a favor de las tendencias reduccionistas de los RDoC —en tanto que parecen volver a otorgar primacía al nivel cerebral, abandonando la autonomía de la psicología—, como un argumento en contra —y es que, aunque las funciones psicológicas precisen estar implementadas en el cerebro, estas siguen siendo psicológicas (Miller y Bartholomew 2020; Zachar 2020)—. Volveré sobre ello en el siguiente apartado.

Finalmente, para concluir, mencionaré algunas de las objeciones

que se han formulado a las teorías de la identidad de tipos. En el terreno filosófico, Carlos Moya (2006, 89-97) distingue entre objeciones de corte ontológico y epistemológico, defendiendo que las últimas no serían válidas porque realizan un salto ilegítimo desde la epistemología —desde la asimetría de la primera y tercera persona— a la ontología, para llegar a conclusiones acerca de la falsedad de la identidad entre estados mentales y estados cerebrales. Por el contrario, una objeción con mayor fuerza parece ser la de Saul Kripke, quien argumenta en contra de la tesis de que la identidad postulada entre estados mentales y estados cerebrales es contingente: apoyándose en su teoría de los designadores rígidos y de la necesidad *a posteriori*, Kripke defenderá que esta identidad es necesaria. Así pues, siguiendo el clásico ejemplo del dolor: si el dolor es la excitación de las fibras C, entonces el dolor es *necesariamente* la excitación de las fibras C. El problema es que esto parece implausible, pues podría haber otros seres que tuvieran dolor a pesar de no tener fibras C, de modo que el enunciado de identidad es falso.

Dado que los teóricos de la identidad afirman que la identidad mente-cerebro es una cuestión de hecho, susceptible de ser demostrada empíricamente, los hallazgos científicos también pueden ser empleados para formular argumentos en su contra. Un aspecto relevante a destacar partiendo de la evidencia empírica es que de momento no hemos identificado las correlaciones fijas uno a uno que deberíamos encontrar si la teoría de la identidad de tipos fuera correcta. Aunque siempre es posible afirmar que no hemos encontrado estas correlaciones debido a limitaciones tecnológicas —acudiendo a la antes mencionada *coartada tecnológica*—, parece haber argumentos de peso referentes a la inscripción cerebral de los síntomas mentales, y a su ontología, para dudar de la plausibilidad de esta objeción (lo trataré en la sección dedicada a la formación y localización cere-

bral de los síntomas mentales). Además, también hemos de preguntarnos si, en el hipotético caso de que lográramos encontrar tales correlaciones fijas uno a uno, esto sería suficiente para establecer una relación de identidad entre lo mental y lo físico, o entre la enfermedad mental y la enfermedad cerebral: tales correlaciones podrían ser compatibles, por ejemplo, con posturas epifenomenalistas, donde las propiedades mentales son diferentes a las propiedades físicas.

Una evidencia particularmente difícil de acomodar por las teorías de la identidad de tipos proviene de las lesiones cerebrales, a las cuales, recordemos, me he referido al inicio de este capítulo como una fuente de evidencia para sostener la concepción de la enfermedad mental como enfermedad cerebral: es bien conocido el hecho de que, debido a la plasticidad cerebral, cuando una persona sufre una lesión cerebral es posible que las funciones que desempeñaba cierta área del cerebro sean asumidas por otra diferente; lo cual supone un argumento contra la identidad mente-cerebro de tipos porque desafía el postulado de que un tipo de estado mental es siempre idéntico a un tipo de estado cerebral, aunque este hecho podría ser bien acomodado por una teoría de la identidad de casos.

Una objeción más radical sería la que se ha llevado a cabo desde la filosofía al atacar el antropocentrismo o neurocentrismo que está en la base de las teorías de la identidad de tipos: a través de experimentos mentales podemos imaginar a otros seres que, a pesar de tener una fisiología distinta de la nuestra, tienen estados mentales como los nuestros; esto es, los estados mentales serían multirrealizables. De acuerdo con la tesis de la realizabilidad múltiple, un mismo estado o función mental puede estar realizado, ser instanciado, físicamente, de diferente manera, lo cual imposibilitaría establecer la relación de identidad aquí pretendida.

Funcionalismo

La tesis de la realizabilidad múltiple es central en la última teoría de la relación mente-cuerpo que vamos a explorar: el funcionalismo. El funcionalismo, el cual representa una alternativa a las teorías de la identidad de tipos, es una teoría compatible con el fisicalismo que concibe las propiedades mentales como propiedades funcionales, esto es, según el rol causal que cumplan en un determinado contexto. Un ejemplo que suele emplearse para ilustrar esta visión es el de la propiedad *ser un reloj*: un objeto tiene la propiedad de ser un reloj si cumple la función de medir el tiempo. Ahora bien, esta función puede ser cumplida por multitud de objetos con una constitución física muy diferente, esto es, es una función *físicamente multirrealizable*: un reloj de arena, un reloj de sol, un reloj de cuerda o un reloj atómico son, desde un punto de vista físico, muy dispares, pero muy semejantes desde un punto de vista funcional: todos ellos son relojes. En el caso de las propiedades mentales, el funcionalismo es compatible con el fisicalismo, pues admite que estas tengan una realización biofísica —además de otras realizaciones, como por ejemplo en chips de silicio—. De este modo, el funcionalismo esquivo el problema de la causalidad mental: un estado mental particular es causalmente eficaz en virtud de su realización física particular.

Sin entrar en detalle, mencionaré siguiendo de nuevo a Carlos Moya (2006), que existen dos tipos de funcionalismo: el analítico, derivado de la concepción causal de los estados mentales de David Armstrong (1993) y David Lewis (1966);⁵⁵ y el computacional, basado

⁵⁵ Las propuestas de Armstrong y Lewis fueron formuladas inicialmente en apoyo a la teoría de la identidad, si bien resultan ambiguas en cuanto a si apoyarían una identidad de tipos o de casos —no obstante, parece que se inclinan hacia una teoría de casos—. Ahora bien, por su concepción de los estados mentales en términos causales, ambas posturas pueden entenderse como una versión del funcionalismo.

inicialmente en los argumentos de la máquina de Turing de Hillary Putnam ([1967] 1975), y posteriormente reformulado por Jerry Fodor (1990) para hacer frente a algunas críticas, dando luz al *psicofuncionalismo*, el cual se inspiraba en los procedimientos y teorías de la psicología cognitiva. Desde el funcionalismo computacional podemos entender la relación entre la mente y el cerebro por analogía a la relación entre el *software* y el *hardware* de un ordenador: la mente, por así decirlo, sería el programa que corre sobre ciertos componentes físicos, los cuales pueden ser muy variados.

El funcionalismo niega que las propiedades funcionales sean idénticas a propiedades físicas —y, al concebir las propiedades mentales como propiedades funcionales, niega también que estas sean idénticas a propiedades físicas—. La relación que establece entre ambas —que ya hemos visto en otras posturas— es una relación de supervinencia, según la cual no puede existir una diferencia funcional sin una diferencia física, pero sí a la inversa. Así, no puede ocurrir que dos objetos o sistemas físicamente idénticos sean funcionalmente distintos, pero sí puede darse que dos objetos o sistemas funcionalmente idénticos sean físicamente distintos.

Aplicado el funcionalismo a lo mental, si dos sujetos tienen la misma configuración física, entonces tendrán también los mismos estados mentales. En cambio, dos sujetos pueden hallarse en un mismo estado mental —tanto intencional, como fenomenológico, pues ambos son comprendidos como estados funcionales— sin por ello compartir el mismo estado neurofisiológico. Según el funcionalismo computacional, ambos se hallarán en un mismo estado mental si comparten una misma organización funcional, esto es, si comparten *inputs*, *outputs*, y guardan las mismas relaciones con otros estados mentales. Por ejemplo, dos sujetos tendrán el mismo deseo, digamos, el deseo de comerse un *crêpe au chocolat*, si este aparece después de sentir

hambre con unos niveles bajos de glucosa en sangre (*input*); les mueve a la acción de dirigirse al café más cercano, sobre el cual tienen la creencia de que cuenta con buenas reposteras (*output*); y les lleva a pensar que deben cambiar los planes del día siguiente para volver al mismo café (relación con otros estados mentales). De este modo, si bien el funcionalismo no reduce los estados o propiedades mentales a estados o propiedades físicas —por la tesis de la realizabilidad múltiple—, sí que los reduce a estados o propiedades funcionales.

Como decía líneas atrás, la tesis de la multirrealizabilidad es esencial en el funcionalismo, pero hay diversas maneras de plantear su alcance; y ello resulta crucial para la psiquiatría y la neurología. Es posible sostener que, aunque las propiedades mentales puedan tener distinta realización física, en el caso de los seres humanos estas se realicen consistentemente por las mismas estructuras biofísicas. Volviendo al ejemplo del reloj: si bien es posible que variados sistemas físicos puedan realizar de manera diferente la propiedad funcional de ser un reloj, la realización física de tal propiedad en un mismo tipo de reloj —por ejemplo, los relojes de arena— se realizará de manera muy similar. Así pues, dado el proceso de evolución biológica que ha dado lugar a los seres humanos, parece plausible pensar que los estados mentales se realizarán físicamente de la misma manera en cada uno de nosotros: por ejemplo, que cierta activación neuronal dará lugar consistentemente a cierto estado mental, aunque otros sistemas biofísicos —como podrían ser los habitantes de un lejano planeta— pudieran también presentar la misma organización funcional realizada físicamente de manera diferente. Ahora bien, la crítica que podemos hacer a esta posibilidad es la que ya hemos visto para las teorías de la identidad: al menos de momento, en el caso de los síntomas mentales no hemos logrado identificar los procesos biológicos sobre los que estos supervendrían consisten-

temente.

Así pues, si aceptamos la relación de supervinencia que plantea el funcionalismo y aceptamos también una versión fuerte de la tesis de la multirrealizabilidad, parece que los síntomas mentales podrían aparecer tanto derivados de una configuración cerebral particular — como sería el caso de los síntomas mentales fruto de enfermedades o lesiones neurológicas—, como a un nivel puramente mental —cuyo estudio y tratamiento quedaría reservado para la psiquiatría o psicología, pues no sería reducible a cierto sustrato neurológico—. Recordemos que, según la relación de supervinencia de lo mental sobre lo físico postulada por el funcionalismo, dos sistemas cuyas propiedades físicas sean iguales presentarán las mismas propiedades mentales. Por lo tanto, sería posible que cierta configuración cerebral diera siempre lugar a cierto síntoma o enfermedad mental; por ejemplo, que cierta actividad neuronal diera siempre lugar a un ánimo deprimido.

Ahora bien, también sería posible que diversos sujetos presentaran un ánimo deprimido con una realización neurofisiológica diferente. Esto tiene importantes consecuencias teóricas y prácticas. En primer lugar, sitúa a la psicología como una disciplina autónoma desde la que abordar los trastornos que surgen en el nivel mental, habiendo de dedicarse al estudio de su organización funcional. En segundo lugar, acota la utilidad del estudio de la actividad cerebral a través de técnicas, por ejemplo, de neuroimagen. Así, los hallazgos neurofisiológicos serían relevantes para el diagnóstico, predicción y tratamiento de los síntomas mentales si estos sobrevienen a una configuración cerebral particular. En cambio, los hallazgos neurofisiológicos no resultarían relevantes cuando la patología aparece a nivel funcional, dado que, por su realizabilidad múltiple, podría haberse instanciado de diferentes maneras en el sustrato cerebral. En el caso de

la neuroimagen, este segundo escenario implica que no podremos hallar correlaciones consistentes entre ciertos estados mentales y ciertos estados cerebrales, de modo que todo lo que observaremos es una instanciación física de la actividad mental que podría haber sido soportada por diferentes regionales cerebrales. Por lo tanto, el conocimiento de los estados y procesos neurofisiológicos resultará determinante sólo si —como también se ha defendido— el hecho de que los seres humanos tengan una constitución biológica altamente similar conduce a que nuestros estados mentales sean realizados físicamente de manera consistente por los mismos estados y procesos neurofisiológicos, como sostendría una teoría de la identidad de tipos.

El funcionalismo, como cualquier teoría de la relación cuerpo-mente, enfrenta también importantes críticas desde la filosofía (ver Moya 2006; Pineda 2012). Mencionaré aquí algunas, sin un ánimo exhaustivo. La primera de ellas nace de la propia concepción funcionalista de los estados mentales: lo característico de un estado mental es la relación que guarda con ciertos *inputs*, *outputs* y con otros estados mentales. El problema surge a la hora de especificar la naturaleza de los *inputs* y *outputs*: el funcionalismo supone que estos son de carácter físico —como por ejemplo cierta activación neuronal—, lo cual restringe su alcance únicamente a los seres que dispongan de tales estados físicos. Esto limita de la multirrealizabilidad de los estados mentales, que quedan ahora restringidos a quienes puedan estar en ciertos estados físicos. Dependiendo de cómo concibamos los *inputs*, esto puede suponer también un problema para la psicología. Imaginemos, por ejemplo, que ha ocurrido una fuerte explosión que ha generado un gran estruendo y una importante sacudida. Imaginemos que en una habitación cercana al suceso hay dos personas, una de ellas sorda, y ambas sienten miedo tras lo sucedido. Claramente,

el *input* que ambas han tenido ha sido diferente, pero ¿diríamos que se encuentran en un estado mental diferente por ello? No parece que este sea el caso.

Otro tipo de críticas atacarían la reducción de los estados mentales a estados funcionales, apuntando al hecho de que los primeros tienen propiedades cualitativas —*qualia*, esto es, su fenomenología, cómo se sienten (Block 1978)— y propiedades semánticas e intencionales —su significado, su contenido (Searle 1980)— que no parecen reductibles a la organización funcional. En realidad, este tipo de críticas no solamente se han dirigido al funcionalismo, sino que con frecuencia también se han esgrimido frente a diferentes versiones del fisicalismo, pues parece que tanto la experiencia subjetiva, como el fenómeno del significado, están más allá de lo físico:

El problema [...] es que no parece ninguna perspectiva epistémica adecuada que nos haga inferir del hecho de que un sistema está en determinados estados físicos, descritos en términos físicos, que ese sistema tiene estados con *qualia*, y en razón de ellos se siente de un modo determinado. (Pineda 2012, 318-19).

Estas críticas son también importantes para la psiquiatría, pues si consideramos que la experiencia subjetiva del paciente o el significado que este le da a sus vivencias y a sus síntomas han de tener relevancia, es importante contar con una teoría de la relación cuerpo-mente que pueda dar buena cuenta de estos aspectos.

En el campo de la filosofía de las neurociencias, el psicofuncionalismo también está siendo objeto de debate en los últimos tiempos. Recordemos que cuando esta doctrina emergió, guardaba una estrecha relación con la psicología cognitiva, a la cual concedía autonomía:

According to this view, psychological explanation captures cognitive functions and functional relations between cognitive states and capacities, whereas neuroscientific explanation aims at the structures that implement cognitive functions. The two types of explanation are supposed to place few constraints on one another with the upshot that each can proceed independently from the other. (Boone y Piccinini 2016, 1512).

Como he señalado, la tesis de la multirrealizabilidad de las funciones mentales era una de las grandes apuestas de los funcionalistas, guiados por la analogía que establecían entre el funcionamiento del *software* de un ordenador y su *hardware*: así como un programa informático puede ser ejecutado por diferentes componentes físicos, las funciones mentales también podrían ser implementadas en diferentes componentes físicos. De este modo, la psicología cognitiva debía dedicarse al estudio de las funciones mentales y despreocuparse de cómo fueran implementadas a nivel biológico. Esta aproximación está siendo en los últimos años puesta en cuestión, dado que, si bien es cierto que, al menos, algunas funciones mentales pueden ser realizadas por diferentes estructuras cerebrales, no todas las estructuras sirven para realizar todas las funciones: “Any given structure is only capable of performing a restricted range of functions. [...] In the other direction, any function can only be performed by a restricted range of structures.” (Boone y Piccinini 2016, 1522). Esta cuestión resulta bastante intuitiva. Siguiendo el ejemplo del reloj: en efecto, múltiples sistemas físicos pueden realizar la función de medir el tiempo, pero no *todos* los sistemas físicos son válidos para ello. Esta crítica, sin embargo, no resulta fatal para el funcionalismo, sino que impone limitaciones a la tesis de la realizabilidad múltiple y nos debe llevar a repensar la autonomía irrestricta de la psicología.

Así pues, mientras que el psicofuncionalismo podría dar cuenta de los métodos y teorías de la psicología cognitiva, se muestra insuficiente para dar cuenta de la neurociencia cognitiva: al ser esta una disciplina integradora, su foco no se halla exclusivamente ni en las estructuras cerebrales, ni en las funciones mentales, sino que se busca comprender las constricciones que estructura y función imponen entre sí. Es más, esta visión de dos niveles, el de la estructura y el de la función, se ve ampliada al postularse múltiples niveles de organización en los sistemas neuronales:

Cognitive neuroscience thus strives to explain cognitive phenomena by appealing to and analyzing (both separately and conjointly) multiple levels of organization within neural systems. Multilevel mechanisms have recently been proposed as a framework for thinking about the relations between these levels of organization. A multilevel mechanism is a system of component parts and wholes in which the organized capacities of the component parts constitute (and thus mechanistically explain) the capacities of the whole (Boone y Piccinini 2016, 1515).

Esta idea de los mecanismos multinivel nos recuerda mucho a la aproximación al funcionamiento psicobiológico que se propone desde los RDoC, a través de las diferentes dimensiones. Este tipo de explicación mecanicista pretendería abordar el problema de la interacción entre la psicología y la biología, sin adoptar un enfoque reduccionista o eliminativista:

This objective is achieved by appealing to mechanisms—structures defined by their component parts, operations, and organization whose orchestrated functioning is responsible for a partic-

ular phenomenon. In contrast to typical practices in psychological science, mechanistic science requires that psychological scientists constrain their conceptions of psychological functions to those that might plausibly be implemented in living systems. This requires a reorientation in how scientists postulate theories toward parts, operations, and organizational dynamics that serve to explain how information processing is realized. (Thomas y Sharp 2019, 197).

Desde aquí podemos entender el requisito que los RDoC imponen sobre sus constructos: estos serán válidos en la medida en que se haya demostrado su implementación cerebral. ¿Significa esto que los RDoC están siendo nuevamente reduccionistas? La respuesta sería negativa, tanto para el reduccionismo constitutivo (con algún matiz), como para el reduccionismo eliminativo. En primer lugar, las funciones psicológicas no serían eliminadas, pues precisamente lo que se pretende es explicar su relación con las funciones biológicas en diferentes niveles. En segundo lugar, las primeras tampoco podrían ser reducidas a las segundas, tanto por el hecho de que puede darse el caso de que sean realizadas por diferentes estructuras biológicas, como por la propia irreductibilidad de las propiedades funcionales a propiedades físicas. Demandar la implementación cerebral de un constructo no equivale a reducirlo a él, sino más bien mostrar que hay cierta(s) estructura(s) que puede(n) realizar cierta función psicológica.

¿Cómo enfrenta esta perspectiva mecanicista multinivel los problemas que veíamos aparecían en el funcionalismo para dar cuenta de las propiedades fenomenológicas, intencionales y semánticas?

the mechanistic framework makes room for subjective aware-

ness, meaning, and parts of folk psychology that are particularly relevant in fields such as psychopathology research, in which phenomenal experience (i.e., “private” data) and communications of beliefs and desires appear central to understanding particular phenomena. [...] For instance, a strategy termed *heterophenomenology* (Dennett, 1993) assesses subjective experience by combining self-report with other available evidence such as observation by other humans (e.g., thin-slicing procedures). Integrating subjective experience and meaning into mechanistic explanations may be necessary for generative theory construction. In modeling psychotherapeutic change, for instance, it is unclear that a rigorous explanation of the phenomenon can be arrived at without appealing to subjective experience. (Thomas y Sharp 2019, 209).

Los detalles sobre cómo se produciría esta integración de los estados fenomenológicos e intencionales, y del fenómeno del significado, en un marco mecanicista aún están por esclarecerse —y la tarea se presenta compleja pues, como mencionaba, una de las dificultades que surgen reiteradamente en las teorías metafísicas fisicalistas es la de dar cuenta de las propiedades mentales *qua mentales*—, pero podemos, no obstante, comprender que podría haber espacio para la causalidad mental precisamente debido al requisito de implementación de los fenómenos psicológicos: “The mechanistic approach avoids these problematic claims [sobre la causalidad mental] by focusing on the problem of demonstrating implementation, which requires the collaboration of scientists from both psychological and biological perspectives” (Thomas y Sharp 2019, 209). Esta aseveración nos recuerda mucho también a las tesis del funcionalismo como una teoría de la identidad de casos: la causalidad mental no se presenta como pro-

blemática precisamente porque, en un sentido, los estados mentales son estados físicos, en tanto que son realizados o implementados por estructuras físicas, independientemente de que esta implementación se realice en diversos niveles organizacionales. En este sentido tal vez se podría decir que las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales, aunque elegir esta formulación para expresar este complejo marco no parece, desde luego, la más apropiada, máxime si lo que se pretende es marcar una diferencia con respecto a los métodos y espíritu de la biopsiquiatría hasta la fecha.

A pesar de que este nuevo enfoque parece prometedor, no podemos perder de vista que su utilidad para la psiquiatría está aún lejos de probarse. En primer lugar, las realizaciones físicas de los distintos trastornos psiquiátricos tendrían que ser lo suficientemente consistentes como para que su conocimiento resultara de alguna manera relevante; y, en segundo lugar, faltaría también mucho trabajo por hacer para traducir los hallazgos de la neurociencia cognitiva a la práctica psiquiátrica, por ejemplo, como persiguen los RDoC, para crear una nueva nosología o para idear nuevos métodos de tratamiento de las enfermedades mentales.

Entre las filas de quienes se muestran escépticos respecto a esta aproximación encontramos el ya mencionado *Cambridge Group*, con su modelo de formación de los síntomas mentales (Aragona y Marková 2015; Berrios 2013; 2011b; Marková y Berrios 2012). En el cuarto capítulo mencioné este modelo sin entrar en detalle. Veámoslo ahora con más detenimiento para comprender las constricciones que plantea a la convergencia entre neurociencia y psiquiatría.

FORMACIÓN Y LOCALIZACIÓN CEREBRAL DE LOS SÍNTOMAS MENTALES

Recordemos que la idea esencial que encontrábamos en el modelo de formación de los síntomas mentales del Grupo de Cambridge es que

los síntomas mentales no son *objetos ya dados*, sino que son *objetos híbridos*, esto es, objetos que se hallan constituidos por (1) un núcleo físico, sujeto a configuración cultural; y (2) una densa envoltura semántica, que controla, conforma y a veces incluso anula el núcleo físico (Berrios 2011b; Marková y Berrios 2012).⁵⁶ Con mayor rigor, veremos ahora que este modelo, en realidad, establece cuatro rutas diferentes para la formación de los síntomas.

El primer aspecto que no hemos de perder de vista es la gran heterogeneidad de los síntomas mentales, los cuales pueden agruparse en dos grandes bloques: (1) afecciones subjetivas —como por ejemplo sentir ansiedad, sentirse perseguido, experimentar una pérdida de control, escuchar voces, etc.—; y (2) signos y comportamientos susceptibles de ser determinados a través de la observación o los instrumentos —por ejemplo, un déficit cognitivo o un retraso psicomotor—. En el primer grupo, los síntomas son reportados por el sujeto como algo que ocurre en su conciencia, lo cual acarrea diversas dificultades: en primer lugar, al tratarse de experiencias subjetivas, su verificación es, cuando menos, difícil —en última instancia, para ello sólo podemos acudir a la observación de la conducta, lo cual también incluye la conducta verbal—; en segundo lugar, tampoco podemos verificar la *adecuación* entre el nombre que el paciente da a su experiencia y la experiencia misma —distinción también problemática— el cual puede variar personal y culturalmente; en tercer lugar, el mismo proceso de identificación, distinción y denominación de la experiencia por el sujeto es complejo, tratándose de un proceso

⁵⁶ Una observación: ahora podemos comprender mejor por qué los miembros del *Cambridge Group* toman el síntoma como la *unidad primaria de análisis* en psiquiatría —y el trastorno como un *objeto derivado*—: la agrupación de los síntomas en síndromes responde a la convención y construye un objeto demasiado complejo de analizar, por ejemplo, para encontrar sus posibles correlaciones con estados neurológicos.

hermenéutico influenciado por factores personales, familiares y socio-culturales:

whether a particular subjective experience is articulated as a depressed mood, a feeling of fatigue, a particular pain or even a sense of dread, etc. may depend not only on some basic neurobiological activation that triggers the process, but also on non-biological, personal and cultural factors that configure the signal away from its original biological hallmarks. (Aragona y Marková 2015, 603).

Por otra parte, el segundo grupo de síntomas, los signos y comportamientos observables, se encuentran mucho menos sujetos a esta envoltura semántica. El Cambridge Group postula que la señal biológica de la cual surgen elude la conciencia y provoca directamente un comportamiento, de modo que una y otro se encuentran estrechamente relacionados. No obstante, también pueden verse afectados por la interacción doctor-paciente y, sobre todo, su clasificación dependerá de la capacidad que el médico tenga para identificarlos y nombrarlos.

Dada esta diferencia ontológica entre los dos tipos de síntomas, el Cambridge Group propone la existencia de cuatro rutas causales diferenciadas para su formación (Aragona y Marková 2015; Berrios 2013), siendo la ruta (a) la más compleja, la que conforma las afecciones subjetivas. En este caso, el cerebro ha de estar involucrado de alguna manera, pero no guarda una relación directa con el síntoma:

the signal will penetrate awareness and the individual suddenly feels something different, something which he had not felt before. This experienced change, which the subject may have for

the first time, is pre-linguistic and pre-conceptual [...]. We have called it the “primordial soup”; it is our way to refer to sensations which you have not had before and that, in order to communicate them, you need to construct, you need to relate to concepts you may or may not have. (Berrios 2013, 43-44).

En este proceso de configuración del síntoma también juega un rol crucial el terapeuta, pues en el encuentro dialógico puede ayudar al paciente a poner palabras y comprender lo que está sintiendo. La idea importante a retener aquí es que la relación entre la inscripción cerebral del síntoma y el propio síntoma no es directa, sino que está mediada por este proceso de configuración semántica.

Por otra parte, la ruta causal (b) involucra el segundo grupo de síntomas, donde no existe esta envoltura semántica presente en la ruta (a), de modo que los síntomas tienen una relación más directa con su señal neurobiológica. Además de estas dos rutas, también existiría una tercera, la (c), donde las señales neurobiológicas pueden estar asociadas con *caldos primigenios* que sencillamente no son configurados por el individuo —por ejemplo porque son demasiado efímeras— y, por lo tanto, no se expresan como nuevos síntomas. Por último, la ruta (d) sería relativa a las *construcciones secundarias*, esto es, a los síntomas que han sido originados por el cambio en la experiencia inducido por un síntoma primario —por ejemplo, la ansiedad que siento al percatarme de que tengo una alucinación auditiva—, los cuales también se ven configurados semánticamente, añadiendo aún más complejidad.

La implicación más importante de este modelo es que, si ontológicamente algunos síntomas mentales son de hecho objetos híbridos con particulares rutas de formación, jamás se podrán validar partiendo de presupuestos que ignoren su componente semántico, especial-

mente en el caso de la ruta (a) y la (d): dada su envoltura semántica, es posible que una misma señal neurobiológica dé lugar a síntomas diferentes e, igualmente, que un mismo síntoma pueda ser asociado con diferentes señales cerebrales. Por ejemplo, dependiendo del individuo y de la cultura donde se halle inserto, es posible que un mismo estado interno sea interpretado como ánimo deprimido, fatiga, dolor, etc. —lo cual, por cierto, parece ser el caso de los síntomas asociados a la depresión—. Además, también sería posible que un paciente interprete diferentes *caldos primigenios* de la misma manera, sin verbalizar por lo tanto síntomas diferentes; o, por el contrario, que reporte sutiles diferencias en síntomas que no están recogidas en las clasificaciones psiquiátricas. En cuanto a la ruta (b), si bien he señalado que no se halla sujeta a un proceso de codificación semántica tan complejo, esto no significa que no opere interpretación alguna: un mismo comportamiento puede ser interpretado de manera diferente por diferentes terapeutas. Ahora bien, el papel de la interpretación es diferente en cada caso: en las afecciones subjetivas, la interpretación constituye el síntoma; en cambio, los signos o comportamientos no están constituidos por ella, sino que es su clasificación la que depende de cómo sean interpretados (además de que depende de los esquemas clasificatorios disponibles en cada época).

Si este modelo de formación de los síntomas mentales es correcto en líneas generales, se siguen importantes consecuencias para la relación mente-cerebro.⁵⁷ El Grupo de Cambridge postula dos tipos de registro o localización cerebral, una primaria y otra secundaria. Algunos ejemplos de registro primario los hallamos en la percepción, la memoria u otras funciones mentales innatas, donde ciertos

⁵⁷ He de señalar, no obstante, que el Grupo de Cambridge —hasta donde yo sé— no ha expresado explícitamente su adhesión a ninguna teoría concreta de la relación mente-cuerpo, por lo que aquí entro en terreno interpretativo.

cambios en una región cerebral se encuentran consistentemente correlacionados con cambios en cierta función mental. El registro o localización secundario refiere, por su parte, a cambios en una región cerebral que resultan de una correlación transitoria con un *objeto mental simbólico* (Berrios 2013), esto es, con un estado mental cuyo significado depende de las interacciones que se forman temporalmente a consecuencia de intercambios del lenguaje, el cual no se encuentra, por así decirlo, dentro de la cabeza de los individuos, sino en el espacio semántico existente entre ellos (Berrios 2011a, 241-47).⁵⁸ Hipotéticamente, estos significados serían registrados cerebralmente de forma secundaria, soportados dinámicamente por regiones cerebrales capaces de ello, pero sin una relación específica entre tales regiones y los estados mentales que soportan.

Observamos, por lo tanto, que dependiendo de si se trata de funciones mentales innatas o de síntomas mentales con un contenido simbólico, la relación que guardan con el cerebro es diferente. Pensemos en el primer caso, donde ciertos cambios en una región cerebral se hallan consistentemente correlacionados con cambios en una función mental: dependiendo de la especificidad de la correlación, podríamos llegar incluso a pensar que sería posible sostener una teoría de la identidad de tipos. Parece, sin embargo, más plausible que pueda darse cierta multirrealizabilidad de las funciones mentales innatas, si bien acotadas dentro de cierta región cerebral (excepto en los casos en que se ha producido una reorganización funcional a causa de alguna lesión cerebral, lo cual, como veíamos, es otro argumento a favor de la tesis de la multirrealizabilidad). La nueva aproximación mecanicista multinivel que veíamos en el apartado anterior

⁵⁸ Con esta aseveración, los del Grupo de Cambridge parecen compartir el externismo semántico de Hillary Putnam (1975), cuyo famoso lema era “‘meanings’ just ain’t in the head!”.

podría dar buena cuenta del registro cerebral primario. No obstante, además, de acuerdo a lo que ya señalé anteriormente, aquellas formas de dualismo que puedan dar cabida a las correlaciones consistentes entre los procesos neurofisiológicos y los procesos mentales podrían ser igualmente compatibles con el registro cerebral primario.

Las cosas se complican más en el caso de los síntomas mentales con contenido simbólico, o semántico: “los registros cerebrales de los síntomas mentales son complejos estados relacionales, diferentes en muchos aspectos de la afirmación ingenua acerca de que expresan algún tipo de correlación fija uno a uno” (Berrios 2011a, 243). Esto equivale a afirmar la falsedad de las teorías de la identidad de tipos para la relación entre estos síntomas mentales y el cerebro, pues, recordemos, estas correlaciones fijas uno a uno habrían de presentarse necesariamente si en efecto se da la identidad de tipos.

Además de negar la posibilidad de encontrar tales correlaciones, el Cambridge Group también expresa sus reservas respecto a la posibilidad de que los estados mentales —percepciones, intenciones, estados de ánimo, creencias, etc.— estén individuados en el cerebro de la misma manera que lo están en el lenguaje: afirmar algo así sería ir más allá de lo que permite la evidencia disponible (Berrios y Marková 2002a). No hemos de confundir esta aseveración con una apuesta por una postura eliminativista de lo mental, pues no tendría encaje con el resto de postulados del grupo, sino como una advertencia sobre la búsqueda de correlaciones entre estados cerebrales y mentales particulares: si unos y otros no se individúan de la misma manera, es posible que tampoco consigamos encontrar correlaciones particulares entre estados mentales —definidos mediante los conceptos de la psicología popular— y estados cerebrales.

Además, podemos descartar también que se produzca una re-

lación de causalidad entre la actividad cerebral y los síntomas mentales: “si bien se pueden encontrar correlaciones entre [los síntomas mentales] y los cambios del flujo sanguíneo, la actividad receptiva, entre otros, estos últimos cambios no son la ‘causa’, sino sólo un reflejo de la actividad mental misma” (Berrios 2011a, 247). Desde luego, esa formulación metafórica de los cambios en el flujo sanguíneo como *reflejo* de la actividad mental no ayuda a clarificar la postura de Berrios sobre la relación cuerpo-mente, aunque, bajo mi punto de vista, podríamos asumir que está siendo deliberadamente laxo para no expresar compromisos metafísicos demasiado fuertes. En este caso, la capacidad de las explicaciones mecanicistas multinivel de dar cuenta de la relación entre las afecciones subjetivas y el cerebro aún está por dirimir. En la práctica, no obstante, el problema es que el foco sigue situándose con primacía en el cerebro, realizando, por así decirlo, en una aproximación *bottom-up* en lugar de una *top-down*:

Data at the anatomical and/or physiological level (neurotransmitters, blood flow changes, etc.) are interpreted, and research efforts focused on applying these to the treatment of psychiatric disorders [...] and subsequently on their wider implementation in clinical practice. [...] Indeed, this is redolent of the Research Domain Criteria project as propagated by the National Institute of Mental Health where research in psychiatry needs to be ‘driven by neuroscience and behavioural science’ and mental disorders are viewed as brain disorders. (Marková 2018, 794).

Independientemente de cuál fuera la doctrina metafísica que consiguiera dar mejor cuenta de la relación entre los síntomas mentales con registro secundario y el cerebro, lo cierto es que la relación pro-

puesta entre ambos tiene importantes implicaciones terapéuticas: las terapias dirigidas a la modificación de la actividad cerebral no son apropiadas, precisamente por la relación inespecífica que tales síntomas guardan con el cerebro. Si la actividad cerebral es *reflejo* de la mental y no existe un nexo causal directo entre ellas, las intervenciones neurofisiológicas no causarán una modificación específica de la actividad mental:

mientras la manipulación de registros cerebrales primarios sí tiene importancia terapéutica, la manipulación de registros cerebrales secundarios no la tiene y puede ser contraproducente. [...] Por lo tanto, es esencial que los psiquiatras desarrollen criterios para realizar distinciones entre síntomas mentales con representación cerebral primaria y secundaria. (Berrios 2011a, 247).

Así, mientras que para los síntomas registrados primariamente podría ser útil una manipulación directa —por ejemplo mediante farmacoterapia o estimulación magnética transcraneal—, la mejor forma de terapia para los síntomas con registro secundario sería la psicológica, pues es además la que atiende a su esencial componente semántico. Igualmente, mientras que para el diagnóstico de los trastornos relacionados con ciertas funciones mentales —como por ejemplo la memoria—, la información obtenida a través de técnicas como las de neuroimagen —como la imagen por resonancia magnética funcional (IRMf) o la tomografía por emisión de positrones (TEP) — podría resultar útil, en el caso de las afecciones subjetivas tales hallazgos serían del todo irrelevantes, pues tan sólo mostrarían correlaciones transitorias a partir de las cuales no podríamos inferir la actividad mental.

En cualquier caso, además, no hemos de perder de vista que las

narrativas psiquiátricas sobre localización cerebral no versan sobre la identidad entre fenómenos mentales y cerebrales, sino sobre “correlaciones estadísticas entre las variables sustitutas realizadas para representar el cuerpo (cerebro) y las variables sustitutas que representan las declaraciones de experiencias subjetivas (síntomas mentales)” (Berrios 2011a, 244). Con ello, se vuelven a poner en juego las limitaciones epistemológicas que constriñen la representación de la neuroimagen y las correlaciones que *muestra*. En este sentido, como ya comenté en el cuarto capítulo, los síntomas mentales serían representados por las variables de las escalas de evaluación; añado ahora que la actividad cerebral se mediría a través de los distintos cambios que ocurren en el cerebro: por ejemplo, la representación que la IRMf ofrece de la actividad cerebral, a fin de cuentas, no es sino una representación del incremento de oxígeno en el área de mayor actividad neuronal. La relación existente entre el uso de oxígeno y la actividad cerebral permanece, no obstante, en la oscuridad.

Además, la validez e interpretación de la IRMf depende de factores tan diversos como:

the manner of stimulating the brain in order to obtain meaningful information (paradigm design), magnetic field strength, MRI acquisition parameters including study length, subject collaboration and head movement (particularly task-correlated motion), presence of non-trivial structural changes in the brain, and image processing methods and statistics. (European Commission 2013).

Igualmente, la interpretación de los datos supone un reto epistemológico, pues esta se ve también afectada por factores culturales y antropológicos, como por ejemplo el significado de *self* o *personhood*

(Illes y Racine 2005). Desde luego, la concepción que aquí se conforma sobre la representación de la neuroimagen contrasta con el optimismo desafortunado que han expresado los más férreos defensores de la biopsiquiatría: “Psychiatrists may not be able to read minds, as many people used to believe, but they *can* watch the mind think and feel by using the tools of neuroimaging” (Andreasen 2001, ix). Sorprende, por cierto, la formulación que Andreasen ha empleado: es *la mente* quien piensa y siente, no la persona; más allá de esto, es reseñable el hecho de que asuma que aquello que la neuroimagen muestra es la mente, en lugar del cerebro. Podríamos pensar que esta asunción se debe a que subyace una teoría de la identidad entre la mente y el cerebro, pero aun así, este tipo de formulaciones parecen demasiado fuertes incluso para los creadores de esta teoría. De la misma manera, no resulta adecuado decir que podemos ver la mente pensar y sentir: quienes piensan y sienten son los sujetos.

Sea como fuere, sigue siendo una asignatura pendiente la de traducir los hallazgos de las neurociencias a la práctica clínica, cuestión que lleva abierta ya décadas y cuya solución no parece cercana en el tiempo. Así mismo, es de vital importancia calibrar también en qué áreas será útil el conocimiento neurofisiológico, pues si aceptamos la multirrealizabilidad de los síntomas mentales y la indirecta relación que guardan con el cerebro, especialmente en el caso de las afecciones subjetivas, topamos con una importante limitación. Más allá de esta cuestión, tampoco podemos perder de vista otras constricciones epistemológicas que he ido señalando a lo largo del capítulo, como el empleo de las escalas de evaluación como variables sustitutas para los síntomas mentales, o todos los factores hermenéuticos que median la representación de la neuroimagen.

¿Y DÓNDE QUEDÓ LA SUBJETIVIDAD?

Tras los enfoques excesivamente biologicistas de la biopsiquiatría de las últimas décadas, una nueva aproximación más integradora parece estar emergiendo, al menos en el terreno de la investigación. Las explicaciones reduccionistas centradas, además, en un único nivel biológico están siendo sustituidas por un intento de dar cuenta del hecho de que los trastornos mentales no responden a una única causa, sino que se deben a múltiples factores de diferente naturaleza. Igualmente, las explicaciones que trataban de eliminar los estados mentales, sustituyendo el lenguaje psicológico por uno puramente neurofisiológico, también parecen estar siendo abandonadas en favor de otros paradigmas que no eliminen lo mental, sino que lo integren junto a lo biológico. No obstante, no podemos obviar el hecho de que en el enfoque de la investigación sigue primando una aproximación desde lo biológico hacia lo mental y, según hemos visto, sigue sin esclarecerse la medida en que la nueva promesa de la biopsiquiatría, los RDoC, ofrece cabida tanto a la fenomenología como a la intencionalidad de los estados mentales. Conforme reconocen los propios Cuthbert y Kozak (2013): “the RDoC approach provides no elegant solution to this puzzle” (p. 933).

A pesar de que en la matriz de los RDoC los auto-reportes tienen su lugar, su integración con el resto de unidades de análisis no resulta obvia. Por una parte, se asevera que “meaning matters, and the language of self-report can code nuances of meaning with fine resolution”, pero también se asume que “if the RDoC initiative proves successful, psychobiological mechanisms might usurp the telltale role of self-reported experiences in a renovated diagnostic system” (*ídem*); lo cual no deja de ser sorprendente, pues, como afirman en el siguiente párrafo:

[self-reports] have routinely been found more useful for predicting psychiatric problems [...] than any available biological measure. Furthermore, the predictive utility of self-reports need not depend upon presumed veridicality. In other words, subjective perception of a situation can sometimes be a better predictor of a person's functioning in that situation than objective measurement of the situation itself. (Cuthbert y Kozak 2013, 933).

El hecho de que la visión subjetiva del paciente sea un mejor indicador que la evaluación *objetiva* de su situación debería llevarnos a pensar que la interpretación y el significado que el propio paciente otorga a su experiencia es un factor esencial en la comprensión de las enfermedades mentales. Dado que la interpretación y el significado se hallan en una continua construcción y dependen de factores personales y sociales, conforme se defiende desde el Grupo de Cambridge, ¿son las explicaciones en términos de mecanismos las más apropiadas para dar cuenta de este fenómeno? ¿Cuán novedosa resulta esta concepción de la psicopatología respecto de las posiciones anteriores de la biopsiquiatría? Recordemos la distinción que David Chalmers trazaba entre los procesos psicológicos —como la percepción o la cognición— y la fenomenología mental, esto es, la experiencia subjetiva. En efecto, parece que los RDoC no pretenden reducir los procesos psicológicos a procesos biológicos —en este sentido, como hemos visto, las funciones psicológicas no serían reducibles a las estructuras biológicas que las implementan—, pero no parece que logren —y también podríamos dudar de que deseen— retener un papel fundamental para la fenomenología o la intencionalidad. En definitiva, aunque los estados mentales no queden reducidos a estados cerebrales, corremos el riesgo de que sí que queden reducidos a estados funcionales.

Observemos el siguiente pasaje, donde Nancy Andreasen —a pesar de su adhesión a la biopsiquiatría— declaraba con pesar la *muer-te de la fenomenología* que había traído consigo la adopción masiva —y a menudo acrítica— del DSM:

Because DSM is often used as a primary textbook or the major diagnostic resource in many clinical and research settings, students typically do not know about other potentially important or interesting signs and symptoms that are not included in DSM. Second, DSM has had a dehumanizing impact on the practice of psychiatry. History taking—the central evaluation tool in psychiatry—has frequently been reduced to the use of DSM checklists. (Andreasen 2006, 111).

La pregunta que, a mi parecer, habríamos de formular es la siguiente: ¿es problemática la muerte de la fenomenología únicamente porque la adopción de unos criterios diagnósticos estandarizados hace que no prestemos atención a signos o síntomas, potencialmente importantes, que no aparecen listados; o, en cambio, resulta problemática porque en la fenomenología hallamos algo irreductible que también debe formar parte de la explicación de la enfermedad mental? La diferencia es importante: en el primer caso, se apunta a las limitaciones de los manuales diagnósticos —que tal vez podrían ser superadas por una mejor nosología, como la que ulteriormente podría surgir del trabajo en el marco de los RDoC—; en el segundo, se apunta más bien a una constricción de la propia práctica psiquiátrica, la cual ha de atender siempre al carácter intencional y a la fenomenología de los síntomas mentales.

A mi juicio, es un error despojar de significado a los síntomas mentales y relegar a un segundo plano la experiencia del paciente

mental: no sólo porque nos perdemos elementos que pueden resultar importantes en el diagnóstico y prognosis de la enfermedad, sino porque tiene un impacto nada desdeñable en la subjetividad individual. En lo siguiente, sorprendentemente, estoy de acuerdo con Andreasen: la práctica psiquiátrica puede tener un potencial deshumanizador. Si en el diálogo con el terapeuta —y en el discurso que la biopsiquiatría articula y pone a disposición de la sociedad— nuestros padecimientos son explicados en los ciegos términos de la biología, perdemos el tipo de narraciones que nos hacen humanos: aquellas en términos de deseos, creencias, intenciones, sentimientos, etc.

Este impacto deshumanizador se agrava cuando, además —y como hemos visto que ocurría en las décadas más álgidas de las explicaciones biologicistas— se concibe la enfermedad mental como una entidad discreta patológica, claramente delimitada frente a la normalidad. La enfermedad mental se concibe, así, como una entidad ajena al *auténtico yo*, el cual se presenta como un reducto libre de patologías. De este modo, no sólo podemos hablar de deshumanización, sino de escisión: la enfermedad mental es lo que irrumpe y amenaza con desgarrar al sujeto y despojar de significado sus vivencias. Podemos apreciar estas ideas, por ejemplo, en el siguiente pasaje escrito por Peter Kramer (2005), donde describe el cambio de enfoque —el cual, por cierto, valora positivamente— que supuso para él comprender en términos biológicos los problemas mentales que Margaret, su paciente, diagnosticada de Trastorno de Depresión Mayor, presentaba en la clínica:

Simply to name emotions—*you feel such guilt*—is to lend them legitimacy. With Margaret, in employing the most basic elements of therapy—empathy, tentative interpretation, the search for meaning—I had in effect sided with the illness and against the

person Margaret was in health. The feelings I had underscored for Margaret were foreign to her. She experienced them, she reported them, but there is a sense in which they were not hers. (p. 27).

Anteriormente he mencionado superficialmente los retos que presenta la práctica psiquiátrica respecto de la autoridad epistémica de la primera y tercera persona. A mi parecer, esta asimetría se ahonda — en favor, eso sí, de la tercera persona— cuando articulamos explicaciones como las de Kramer. En ellas, la autoridad de la primera persona queda socavada porque, por así decirlo, en la enfermedad no hay primera persona. La enfermedad no forma parte del *self*: “depression is more distorting than we imagine, more self-estranging, more other” (P. D. Kramer 2005, 27).

Ofrecer lecturas de este tipo, sin duda, tiene un enorme impacto tanto en la experiencia subjetiva, como en la propia imagen que nos forjamos de nosotros mismos y de nuestros padecimientos, pero también en la actitud que adoptamos ante nuestra responsabilidad y libertad frente a la enfermedad: si, a fin de cuentas, nuestros sentimientos y nuestro comportamiento son fruto de un desequilibrio bioquímico, es probable que entendamos que poco tenemos que hacer al respecto y que, además, no se nos puede responsabilizar por ello. Este aspecto de las explicaciones biologicistas ha sido, de hecho, considerado como un punto a favor por parte de la biopsiquiatría, asumiendo que eliminar o reducir la responsabilidad moral del enfermo mental es positivo para acabar con el estigma que suele llevar aparejado la enfermedad mental.⁵⁹ No obstante, recientes estu-

⁵⁹ Bienintencionadamente, los partidarios del enfoque biomédico han asumido “first, that attributing the cause of a mental disorder to biogenetic factors will reduce ascriptions of responsibility and guilt to the affected person, since such causes are beyond the person’s control; and second,

dios sobre la percepción social y la discriminación de quienes padecen enfermedades mentales ponen en cuestión esta asunción, dado que concebir la enfermedad mental en términos biológicos no consigue reducir el estigma —sobre todo de los enfermos mentales graves— dado que permanece asociado a la percepción del enfermo mental como alguien peligroso e impredecible (Angermeyer et al. 2011). Es más, por el contrario, podría pensarse que si la enfermedad mental y sus síntomas están causados por la biología, uno ve mermado en buena medida su control sobre ellos, lo que tendría un impacto negativo en el estigma del enfermo mental. A pesar de todo, he de reconocer que para algunas personas esta concepción puede resultar liberadora, en la medida en que ya no han de enfrentar la tarea de dotar de sentido a una experiencia compleja y dolorosa; también en la medida en que se pueden desresponsabilizar, al menos parcialmente, de su comportamiento. No es mi intención tomar aquí posición respecto del problema de la libertad y la responsabilidad moral y/o legal que presenta la enfermedad mental, el cual sin duda merece un tratamiento extenso y cuidadoso; sencillamente, no quisiera dejar de señalar que esta liberación tiene un precio que ineludiblemente hemos de pagar: cuanto más ajena nos sea la enfermedad, mayor escisión y pérdida de control sufriremos.

Todas las cuestiones a las que aquí estoy apuntando no hacen sino patente que, en última instancia, lo que está en juego en la bio-

that if people are held less responsible for their condition, they will experience less rejection by their social environment” (Angermeyer et al. 2011, 367). Uno de los problemas de esta aproximación es que, aun si fuera capaz de acabar con el rechazo social que sufren los enfermos mentales, los estigmatizaría igualmente de un modo más profundo, pues despojarlos de libertad y responsabilidad es despojarlos de algo que suele entenderse como característicamente humano. Este punto ya fue subrayado mucho más radicalmente por Szasz, por cierto, hace más de medio siglo.

psiquiatría y en la neurociencia es la concepción que tenemos del sujeto. Estoy de acuerdo con Markus Gabriel cuando afirma lo siguiente:

neuroscience has for a while been charged with the task of serving as the lead discipline for the human being's research into itself, since it is believed that human thinking, consciousness, the self, indeed our mind as such can be located in and identified with a spatio-temporally observable thing: the brain or central nervous system. (Gabriel 2017, "The decade of the brain", §5).

Gabriel se refiere al lugar preponderante que la neurociencia ocupa en esta nuestra cultura como *neurocentrismo*, enarbolando la idea de que "*the self is a brain*" como estandarte tras el cual se esconde toda una ideología. Una tesis similar presentan también Fernando Vidal y Francisco Ortega (2017) al hablar del *sujeto cerebral*: "What is at stake here? Neither science nor ascertainable facts but an idea of the human being, the anthropological figure of the cerebral subject—an 'ideology' in the plain sense of a set of notions, beliefs, values, interests, and ideals" (p. 14).

Estos pasajes subrayan, entre otras cuestiones y según lo interpreto, la construcción social pragmática del conocimiento —tras el cual se encuentran intereses y propósitos sociales—, aunque también podríamos ir más allá de esta idea y recordar que los propios *datos* que arrojan las neurociencias están atravesados por múltiples interpretaciones que los constriñen epistemológicamente, además de que no pueden ser interpretados sin una metafísica sobre la relación mente-cuerpo. Con estas consideraciones vuelvo a la primera parte de este trabajo, donde ponía sobre la mesa el hecho de que toda investigación y clasificación está guiada por factores sociales, como

nuestros intereses, propósitos, valores, etc. Esto aplica igualmente a nuestras teorías metafísicas. Y, de la misma manera que argumentaba que, de entre todas las posibilidades que tenemos de articular esquemas clasificatorios que rastreen diferencias del mundo, habremos de elegir aquellas que mejor sirvan a nuestros fines teóricos y prácticos, lo mismo puede sostenerse con respecto de las teorías metafísicas. Si los datos que arrojan las neurociencias son compatibles con múltiples teorías de la relación cuerpo-mente —o, más bien, pueden ser interpretados desde diferentes teorías de la relación cuerpo-mente— decantarnos por una o por otra no sólo es una cuestión teórica, sino también práctica; y, además, de especial relevancia, pues lo que está en juego es nuestra propia subjetividad y, con ella, cuestiones como la responsabilidad por nuestro comportamiento, o como el significado de nuestros padecimientos.

CONCLUSIONES

En todas estas páginas, he tratado de dirimir no sólo *qué son* las enfermedades mentales, sino *qué preguntamos* cuando formulamos este o semejantes interrogantes, por ejemplo: ¿es la depresión una enfermedad mental? ¿cómo podemos distinguir enfermedades mentales reales y condiciones mentales patologizadas? Para esclarecer estas cuestiones, he hecho uso de las herramientas conceptuales que Sally Haslanger ha articulado para analizar conceptos como el de género o raza, y he tratado de aplicarlas al campo de la enfermedad mental.

He comenzado analizando el largo debate que se originó en torno a la enfermedad mental en el seno del llamado movimiento antipsiquiatría y he concluido que el punto esencial en disputa ha sido el de si existe cierta normalidad allende las normas sociales que nuestro concepto de enfermedad mental pueda rastrear. Haciendo uso de las distinciones de Haslanger, he articulado este punto como el problema de dirimir si la distinción que trazamos entre lo normal y lo patológico se encuentra pragmáticamente construida socialmente de manera fuerte o débil; esto es, si al emplear esta distinción todo lo que rastreamos son factores sociales —preferencias, valores, intereses, relaciones de poder, etc.—; o si, por el contrario, existe en la naturaleza una diferencia entre la patología mental y la normalidad que nos permita distinguir las, asumiendo en cualquier caso que siempre habrá factores sociales que muevan nuestros intereses teóricos, a los cuales sirvan nuestros esquemas clasificatorios.

En el siguiente capítulo, he continuado explorando el interrogante por la realidad de las enfermedades mentales y, para ello, he traído a

colación la distinción entre conceptos *manifiesto* —el que creemos estar usando—, *operativo* —el que está operando en la práctica— y *meta* —el que deberíamos emplear dados ciertos propósitos teóricos y prácticos—. Desde estas distinciones, he observado que al analizar la enfermedad mental podemos estar pensando en cualquiera de estos tres conceptos: el que creemos estar usando, el que de hecho usamos y el que deberíamos usar. Esta distinción me ha ayudado a arrojar luz sobre el debate en torno a la enfermedad mental, pues a menudo pueden darse discrepancias por el hecho de que cada análisis se dirige a un concepto diferente. A cada tipo de concepto le corresponde un tipo de análisis, de modo que cuando nos preguntamos qué son las enfermedades mentales podríamos estar preguntando: cómo creemos usar el concepto de enfermedad mental y cómo varía este concepto individual, cultural e históricamente; cómo de hecho usamos el concepto, qué clases empíricas caen bajo él o en qué matriz social lo empleamos; y qué concepto deberíamos estar idealmente usando.

He concluido que un aspecto central en el concepto manifiesto de enfermedad mental es la creencia de que la enfermedad mental involucra, en algún sentido, un alejamiento respecto de cierto funcionamiento mental normal *ya dado*, esto es, que no depende meramente de normas sociales. He concluido también que, aunque no es necesario que en la práctica nuestro concepto de enfermedad mental rastree ciertas normas ya dadas para que pueda sernos útil —explicativa y predictivamente, además de para frenar la expansión diagnóstica y posibles abusos de la psiquiatría—, sí que es deseable, en tanto que este es un aspecto importante que guarda conexión con prácticas como el tratamiento psicofarmacológico.

He examinado los límites de esta normatividad natural y he concluido que, aunque fuera posible articular diferentes esquemas clasi-

ficatorios de la función y disfunción mental, existen en el mundo diferencias relevantes en las que podemos basar nuestra distinción entre lo normal y lo patológico. Estas diferencias, sin embargo, no están *ya dadas*, en el sentido de ser biológicas, sino que también incluyen factores sociales, e individuales, que tienen un poder causal en el funcionamiento de los mecanismos psicológicos. Con estas limitaciones presentes, he concluido que, en este marco, la labor de la psiquiatría puede y debe ser explicativa y descriptiva. Esto es, puede y debe evaluar objetivamente el funcionamiento psicológico, para lo cual deberá atender también a los factores sociales relevantes para configurar el significado de los síntomas mentales. He concluido que, en este sentido, la diferencia entre el funcionamiento mental normal y anormal no estaría creada por la clasificación psiquiátrica, sino que esta debería dar cuenta de ella. Con ello, he articulado un concepto meta, pues, como he defendido en la segunda parte, no creo que actualmente los criterios que han guiado la inclusión de condiciones mentales en la nosología psiquiátrica consigan rastrear adecuadamente esta diferencia entre el funcionamiento mental normal y patológico.

La segunda parte del trabajo podría entenderse como un análisis tanto del concepto manifiesto de enfermedad mental en la biopsiquiatría, como un análisis descriptivo del concepto operativo. He analizado la enfermedad mental en la biopsiquiatría a través de dos concepciones: la de las enfermedades mentales como clases naturales y como enfermedades cerebrales. He concluido que la pregunta de la biopsiquiatría por la realidad de las enfermedades se ha articulado en torno a estas dos concepciones, desde que comenzaron a forjarse los programas realistas de validación nosológica, y también desde que el DSM-III logró establecer su fama y dominio global —a partir de la década de los ochenta— y las neurociencias despegaron

—en la década de los noventa—. He concluido también que la biopsiquiatría no sólo ha concebido la enfermedad mental como una clase natural, sino más restringidamente como una clase biológica, argumentando que es posible concebir la enfermedad mental como una clase natural sin asumir que las propiedades biológicas son las que han de dar cuenta de la similitud de sus miembros para resultar explicativas y predictivas. En este sentido, he defendido que las propiedades psicológicas o sociales también pueden resultar igual, o más, explicativas y predictivas.

Además, he expuesto los problemas que ha presentado la validación del DSM-III —lo cual nos lleva a concluir que esta no es una clasificación de clases naturales— y cómo la biopsiquiatría está experimentando un cambio de enfoque en los RDoC. En este punto, me he centrado en exponer las similitudes de ambos proyectos, destacando que ambos comparten una aproximación realista a la validación —a la validación de los constructos, en este caso, a partir de los cuales se pretende articular una nosología psiquiátrica en el futuro—. Esta aproximación realista pasaría por el descubrimiento de la estructura causal del mundo, la cual se concibe mucho más compleja en los RDoC. He concluido que en este proyecto opera la noción de clase funcional, en tanto que el énfasis deja de estar puesto en las estructuras biológicas que causan los síntomas mentales y se centra en la imbricación entre las estructuras cerebrales y las funciones mentales.

He sostenido también que el DSM presenta problemas a la hora de dar cuenta de las condiciones mentales que clasifica como patológicas, debido a que se ha confundido el descubrimiento de sus bases biológicas con el establecimiento de su carácter patológico. En cuanto a los RDoC, resulta complejo dirimir exactamente cómo conciben la patología: si bien he concluido que se ha abandonado la idea

presente en el DSM de que existe entre las enfermedades mentales y la normalidad una clara línea divisoria —adoptando ahora una aproximación dimensional al funcionamiento psicobiológico— no es fácil dirimir de qué modo queda caracterizado el carácter patológico de cierto funcionamiento psicobiológico, pues dependiendo del texto al que acudamos tendremos la impresión de que se postula la existencia natural de discontinuidades naturales —de puntos de inflexión en el continuo— o de que estos son de carácter convencional.

Por último, he abordado la concepción de la enfermedad mental como enfermedad cerebral. Examinando la evidencia de que disponemos para sostener esta concepción, he concluido que es compatible con diferentes teorías metafísicas de la relación cuerpo-mente, incluso con algunos tipos de dualismo, como podría ser el dualismo de sustancias no cartesiano o el dualismo de propiedades. A pesar de ello, he concluido que podemos interpretar, a pesar de la frecuente ambigüedad de los escritos psiquiátricos, que la biopsiquiatría se ha decantado —especialmente entre la última década del pasado siglo y las dos primeras del presente— por una teoría de la identidad mente-cerebro o por teorías de corte eliminativista. La beligerancia que a menudo se muestra desde la biopsiquiatría hacia la psicoterapia y su deseo de converger con la neurociencia nos podrían inclinar a pensar que se halla cercana a un reduccionismo eliminativista, esto es, a la sustitución de las explicaciones en términos psicológicos por explicaciones en términos neurofisiológicos.

Sin embargo, esto parece estar cambiando también en el marco de los RDoC, donde se abandona el proyecto reduccionista por uno que parece compatible con el funcionalismo, si bien con matices. En los RDoC la psicología no goza de la autonomía que usualmente se le atribuye en el funcionalismo, sino que las funciones psicológicas se hallan constreñidas por las estructuras cerebrales que son capaces

de implementarlas. Es por ello que los RDoC siguen concibiendo la enfermedad mental como una enfermedad cerebral, pero ahora en el sentido de que toda función mental debe estar implementada en algún circuito cerebral. Mi conclusión es que, si bien se han abandonado las explicaciones simplistas sobre la relación de las enfermedades o síntomas mentales con el cerebro, no resulta aún obvio hasta qué punto las explicaciones mecanicistas de los RDoC podrán dar cuenta de los síntomas mentales, especialmente si estos no son *objetos ya dados*, sino objetos co-construidos con un contenido semántico irreductible, como defiende el modelo de formación de los síntomas mentales del Grupo de Cambridge.

Seguidamente, he mostrado las limitaciones epistemológicas que constriñen la interpretación de los resultados de la neuroimagen — como el hecho de que empleemos variables sustitutas para los síntomas mentales y en la representación cerebral— y también ontológicas, debido a la co-construcción de los síntomas mentales y la relación indirecta que guardan con el cerebro. En este punto, he concluido que herramientas como la neuroimagen sólo resultarán útiles para el estudio de la psicopatología si los síntomas mentales se implementan en el cerebro de manera consistente, esto es, si las correlaciones entre síntomas mentales y actividad cerebral son consistentes.

Finalmente, he destacado la importancia de dar cabida al significado de los síntomas mentales y a la subjetividad de quien los sufre, pues estos aspectos son esenciales en la comprensión de nuestros padecimientos, en la imagen que nos formamos de nosotros mismos y en cómo afrontamos nuestras posibilidades de lidiar con la enfermedad mental.

CONCLUSIONS

In this work, I sought to address not only what mental illnesses are, but what are we asking when we pose this or similar questions—for example: is depression a mental illness? How can we distinguish real mental illnesses from pathologized mental conditions? In order to clarify these questions, I used the conceptual tools that Sally Haslanger has articulated to analyze concepts such as *gender* or *race*, and I tried to apply them to the field of mental illness.

I began by analyzing the long debate about mental illness which originated within the so-called anti-psychiatry movement, and concluded that the key issue in dispute was whether there is any normalcy beyond the social norms that our concept of mental illness can track. Using Haslanger's distinctions, I presented this issue as the problem of determining whether the distinction we draw between normalcy and pathology is strongly or weakly pragmatically socially constructed; that is, whether in employing this distinction all we are tracking are social factors—i.e., preferences, values, interests, power relations, etc.—or, on the contrary, there is a difference in nature between mental pathology and normalcy that allows us to distinguish them, assuming in any case that there will always be social factors that drive our theoretical interests, to which our classificatory schemes serve.

In the following chapter, I continued to explore the reality of mental illness and, to that end, I brought up the distinction between the manifest concept of mental illness (the one we take ourselves to be using), the operative concept (the one that is actually operating in practice), and the target concept (the one we should be using given

certain theoretical and practical purposes). Drawing on these distinctions, I observed that when analyzing mental illness we could aim at any of these three concepts: the one we take ourselves to be using, the one we are in fact using, and the one we should be using. Each type of concept has a corresponding type of analysis, so when we pose the question of what mental illness is we might be asking: how do we think we use the concept of mental illness and how does this concept vary individually, culturally, and historically? How do we actually use the concept, what empirical kinds fall under it, or in what social matrix do we use it? And, what concept should we ideally be using? These distinctions helped me to shed light on the debate about mental illness, as often discrepancies have arisen from the fact that each analysis addresses a different concept.

I concluded that a central aspect in the manifest concept of mental illness is the belief that mental illness involves, in some sense, a departure from some given normal mental functioning, meaning, that it does not depend merely on social norms. I also concluded that, although in practice it is not necessary for our concept of mental illness to track certain already given norms in order for it to be useful—i.e., to be explanatory and have predictive potential, as well as to be useful in containing diagnostic inflation and possible abuses—it is nonetheless desirable, inasmuch as this is an important aspect of how we take ourselves to be using the concept, which is connected to practices such as psychopharmacological treatment.

I examined the limits of such a natural normativity and concluded that, even if it were possible to articulate different classificatory schemes of mental functions and dysfunctions, there are relevant differences in the world which allow us to ground our distinction between normalcy and pathology. These differences, however, are not given in nature, in the sense of being biological, but also include so-

cial and individual factors, which have a causal power in the functioning of psychological mechanisms. With these limitations in mind, I concluded that, within this framework, the task of psychiatry can and should be explanatory and descriptive. That is, it can and should objectively evaluate psychological functioning—and, in order to do so, psychiatry should also attend to the social factors relevant to constructing the meaning of mental symptoms. I concluded that, in doing so, the difference between normal and abnormal mental functioning would not be created by psychiatric classification, but that psychiatric classification should account for it. In this way, I articulated a target concept, since I do not believe that the criteria that have actually guided the inclusion of mental conditions in psychiatric nosology currently manage to track this difference between normal and pathological mental functioning.

The second part of this dissertation could be understood as an analysis of the manifest and operative concepts of mental illness in biopsychiatry. In this part, I focused on the conception of mental illnesses as natural kinds and as brain illnesses (or, more commonly, brain disorders). By arguing that it is possible to conceive of mental illnesses as natural kinds without further assuming that biological properties must be the ones responsible for the similarity of its members in order to be explanatory and predictive, I concluded that biopsychiatry has not only conceived of mental illnesses as natural kinds, but more narrowly as biological kinds. In this sense, I held that psychological or social properties can be equally, sometimes even more, explanatory and predictive.

In addition, I explained the problems presented by the nosological validation of the DSM—which leads us to conclude that it is not a classification of natural kinds—and I explained how biopsychiatry is experiencing a shift of focus in the RDoC framework. At this point, I

showed the similarities and differences between both projects, emphasizing that they both share a realist approach to validation—to the validation of constructs, in the case of the RDoC, from which it is intended to articulate a psychiatric nosology in the future. This realist approach would involve the discovery of a certain causal structure of the world, which is represented in a much more complex way in the RDoC. I concluded that in this project the notion of functional kind is operating, since the emphasis is no longer placed on the biological structures that cause mental symptoms, but on the imbrication of brain structures and both brain and mental functions.

I also argued that the DSM presents problems in accounting for the mental conditions it classifies as pathological, since the discovery of their biological basis has been mistaken for the establishment of their pathological character. In the RDoC framework, on the contrary, it is complex to determine exactly how they conceive of pathology. I maintained that the idea, present in the DSM, of a clear boundary between mental illnesses and normalcy has been replaced by a dimensional approach to psychobiological functioning in the RDoC. Nonetheless, it is not easy to elucidate how the pathological character of certain psychobiological functioning is defined. Depending on the text we are dealing with, we will have the impression that the RDoC postulate the existence of natural discontinuities—of tipping points in the continuum—or that these are a matter of convention.

Finally, I addressed the conception of mental illnesses as brain disorders. Examining the evidence available to support this conception, I concluded that it is compatible with various metaphysical theories of the mind-body relationship—even with some forms of dualism. In spite of this, I held that we can interpret that biopsychiatry has relied on some mind-brain identity theory or on some theory of an eliminativist nature, especially between the last decade of the last century

and the first two of the present. The belligerence often shown by biopsychiatry towards psychotherapy, and its desire to converge with neuroscience, could lead us to think that it is close to an eliminativist reductionism, that is, to the substitution of explanations in psychological terms by explanations in neurophysiological terms.

However, it all seems to be changing in the RDoC framework, where reductionist accounts are being replaced by accounts that seem to be compatible with some restricted version of functionalism. In the RDoC, psychology does not enjoy the autonomy that is usually attributed to it in some versions of functionalism: psychological functions are severely constrained by the brain structures that are capable of implementing them. That is why the RDoC continue to conceive of mental illness as a brain disorder, but now in the sense that all mental functions must be implemented in some brain circuit. My conclusion is that, although simplistic explanations of the relationship of mental illnesses or symptoms with the brain have been abandoned, it is not yet obvious to what extent the mechanistic explanations of the RDoC framework will be able to account for mental symptoms, especially if these are not given objects, but rather co-constructed objects with an irreducible semantic content and an indirect relation to the brain areas in which they are instantiated, as held by the Cambridge model of symptom formation.

Finally, I stressed the importance of acknowledging individual subjectivity and the meaning of mental symptoms, as they are essential in understanding our ailments, in forming our self-image, and in representing our possibilities of dealing with mental illness.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. 2014. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*.
- Améry, Jean. (1976) 2005. *Levantar la mano sobre uno mismo: discurso sobre la muerte voluntaria*. Traducido por Marisa Si-guan Boehmer y Eduardo Aznar Anglés. Valencia: Pre-Textos.
- Andreasen, Nancy C. 1995. "The Validation of Psychiatric Diagnosis: New Models and Approaches". *American Journal of Psychiatry* 152 (2): 161-62. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.2.161>.
- . 2001. *Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- . 2006. "DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences". *Schizophrenia Bulletin* 33 (1): 108-12. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl054>.
- Angermeyer, Matthias C., Anita Holzinger, Mauro G. Carta, y Georg Schomerus. 2011. "Biogenetic Explanations and Public Acceptance of Mental Illness: Systematic Review of Population Studies". *British Journal of Psychiatry* 199 (5): 367-72. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>.
- Aragona, Massimiliano. 2009. "The Role of Comorbidity in the Crisis of the Current Psychiatric Classification System". *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 16 (1): 1-11. <https://doi.org/10.1353/ppp.0.0211>.
- . 2015. "Rethinking Received Views on the History of Psychiatric Nosology". En *Alternative perspectives on psychiatric validation: DSM, ICD, RDoC, and beyond*, editado por Peter Zachar, Drozdstoj St. Stoyanov, Massimiliano Aragona, y Assen Jablenski, First edition, 27-46. International perspectives in philosophy and psychiatry. Oxford: Oxford University Press.
- Aragona, Massimiliano, y Ivana S. Marková. 2015. "The Hermeneutics of Mental Symptoms in the Cambridge School". *Revista*

- Latinoamericana de Psicopatología Fundamental* 18 (4): 599-618. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n4p599.2>.
- Armstrong, David. M. 1993. *A materialist theory of the mind*. Rev. ed. International library of philosophy. London; New York: Routledge.
- Bachmann, Christian J., Linda P. Wijlaars, Luuk J. Kalverdijk, Mehmet Burcu, Gerd Glaeske, Catharina C.M. Schuiling-Veninga, Falk Hoffmann, Lise Aagaard, y Julie M. Zito. 2017. "Trends in ADHD Medication Use in Children and Adolescents in Five Western Countries, 2005–2012". *European Neuropsychopharmacology* 27 (5): 484-93. <https://doi.org/10.1016/j.euro-neuro.2017.03.002>.
- Ball, Gareth, Charles B. Malpas, Sila Genc, Daryl Efron, Emma Sciberras, Vicki Anderson, Jan M. Nicholson, y Timothy J. Silk. 2019. "Multimodal Structural Neuroimaging Markers of Brain Development and ADHD Symptoms". *American Journal of Psychiatry* 176 (1): 57-66. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18010034>.
- Ballesteros, Virginia. 2018. "The Metaphysics behind Pharmacotherapy: Treating Depression with Conventional and Psychedelic Drugs". *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 8 (2): 7-28.
- Barker, Kristin K. 2010. "The Social Construction of Illness: Medicalization and Contested Illness". En *Handbook of Medical Sociology*, editado por Chloe E. Bird, Peter Conrad, Allen M. Fremont, y Stefan Timmermans, 6th ed, 147-62. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Barnes, Elizabeth. 2014. "XV-Going Beyond the Fundamental: Feminism in Contemporary Metaphysics". *Proceedings of the Aristotelian Society (Hardback)* 114 (3pt3): 335-51. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9264.2014.00376.x>.
- . 2016. *The Minority Body: A Theory of Disability*. First edition. Studies in Feminist Philosophy. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Basaglia, Franco. 1967. *Che cos'è la psichiatria?* Torino: Einaudi.

- . 1968. *L'istituzione negata*. Torino: Einaudi.
- Bentall, Richard P. 2009. *Doctoring the mind: is our treatment of mental illness really any good?* New York: New York University Press.
- Berenbaum, Howard. 2013. "Classification and Psychopathology Research." *Journal of Abnormal Psychology* 122 (3): 894-901. <https://doi.org/10.1037/a0033096>.
- Berghmans, Ron, Ruud ter Meulen, Andrea Malizia, y Rein Vos. 2011. "Scientific, Ethical, and Social Issues in Mood Enhancement". En *Enhancing Human Capacities*, editado por Julian Savulescu, Ruud ter Meulen, y Guy Kahane, 153-65. ePub: Wiley-Blackwell.
- Berrios, Germán E. 2007. "What Is Neuropsychiatry?" *Revista Colombiana de Psiquiatría* 36 (1): 9-14.
- . 2011a. *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*. Traducido por Alejandra Giaccone y María Virginia Schmidt. Buenos Aires: Polemos.
- . 2011b. "Psiquiatría y Sus Objetos". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 4 (4): 179-82. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.09.001>.
- . 2013. "Formation and Meaning of Mental Symptoms: History and Epistemology". *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences* 6 (2): 39-48.
- Berrios, Germán E., y Antonio Bulbena-Villarasa. 1990. "The Hamilton Depression Scale and the Numerical Description of the Symptoms of Depression". En *The Hamilton Scales*, editado por Per Bech y Alec Coppen, 80-92. Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-75373-2_10.
- Berrios, Germán E., y Ivana S. Marková. 2002a. "Conceptual Issues". En *Biological Psychiatry*, editado por Hugo A. H. D'haenen, Johan A. den Boer, y Paul Willner. Chichester; Hoboken, N.J: Wiley.
- . 2002b. "The Concept of Neuropsychiatry A Historical Overview". *Journal of Psychosomatic Research*, 629-38.

- Bird, Alexander, y Emma Tobin. 2018. "Natural Kinds". En *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, editado por Edward N. Zalta, (Spring 2018 Edition). Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/spr2018/entries/natural-kinds/>.
- Block, Ned. 1978. "Troubles with Functionalism". En *Perception and Cognition. Issues in the Foundations of Psychology*, editado por C. Wade Savage, 261-325. Minneapolis: University of Minnesota Press. <https://doi.org/10.4159/harvard.9780674594623.c31>.
- Bolton, Derek. 2007. "The Usefulness of Wakefield's Definition for the Diagnostic Manuals". *World Psychiatry* 6 (3): 164-65.
- . 2008. *What is mental disorder? an essay in philosophy, science, and values*. International perspectives in philosophy and psychiatry. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- . 2010. "Social, Biological and Personal Constructions of Mental Illness". En *Principles of social psychiatry*, editado por Craig Morgan y Dinesh Bhugra, 2nd ed, 39-50. Chichester, UK ; Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- . 2012. "Does mental disorder involve loss of personal autonomy?" En *Autonomy and mental disorder*, editado por Lubomira Radoilska, 77-99. International perspectives in philosophy and psychiatry. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- . 2013. "Overdiagnosis Problems in the DSM-IV and the New DSM-5: Can They Be Resolved by the Distress—Impairment Criterion?" *The Canadian Journal of Psychiatry* 58 (11): 612-17. <https://doi.org/10.1177/070674371305801106>.
- Boone, Worth, y Gualtiero Piccinini. 2016. "The Cognitive Neuroscience Revolution". *Synthese* 193 (5): 1509-34. <https://doi.org/10.1007/s11229-015-0783-4>.
- Boorse, Christopher. 2014. "A Second Rebuttal On Health". *Journal of Medicine and Philosophy* 39 (6): 683-724. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu035>.
- Boorse, Christopher. 1975. "On the Distinction between Disease and

- Illness". *Philosophy & Public Affairs* 5 (1): 49-68.
- . 1976. "What a Theory of Mental Health Should Be". *Journal for the Theory of Social Behaviour* 6 (1): 61-84. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1976.tb00359.x>.
- . 1977. "Health as a Theoretical Concept". *Philosophy of Science* 44 (4): 542-73. <https://doi.org/10.1086/288768>.
- Brown, Phil. 1995. "Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness". *Journal of Health and Social Behavior* 35: 34-52. <https://doi.org/10.2307/2626956>.
- Bunge, Mario. 1977. "Emergence and the Mind". *Neuroscience* 2: 501-9.
- Butler, Judith. 2011. *Bodies That Matter: On the Discursive Limits of "Sex"*. Routledge Classics. Abingdon, Oxon ; New York, NY: Routledge.
- Cahill, Heather. 2001. "Male Appropriation and Medicalization of Childbirth: An Historical Analysis". *Journal of Advanced Nursing* 33 (3): 334-42.
- Canguilhem, Georges. (1943) 2011. *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Cartwright, Samuel. 1851. "Diseases and Peculiarities of the Negro Race". *De Bow's Review* XI. <http://www.pbs.org/wgbh/aia/part4/4h3106t.html>.
- Casey, B. J., Nick Craddock, Bruce N. Cuthbert, Steven E. Hyman, Francis S. Lee, y Kerry J. Ressler. 2013. "DSM-5 and RDoC: Progress in Psychiatry Research?" *Nature Reviews Neuroscience* 14 (11): 810-14. <https://doi.org/10.1038/nrn3621>.
- Chalmers, David J. 1995. "Facing Up to the Problem of Consciousness". *Journal of Consciousness Studies* 2 (3): 200-219.
- . 2007. "Naturalistic Dualism". En *The Blackwell Companion to Consciousness*, editado por Max Velmans y Susan Schneider, 359-68. Malden, MA ; Oxford: Blackwell Pub.
- Chalmers, David John. 1996. *The conscious mind: in search of a fundamental theory*. Philosophy of mind series. New York: Oxford

University Press.

- Churchland, Patricia Smith. 2006. *Neurophilosophy: Toward a Unified Science of the Mind-Brain*. 15. [printing]. Computational Models of Cognition and Perception. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Churchland, Paul M. 1981. "Eliminative Materialism and the Propositional Attitudes". *The Journal of Philosophy* 78 (2): 67-90. <https://doi.org/10.2307/2025900>.
- . 2013. *Matter and Consciousness*. Third edition. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Cooper, John E., Robert E. Kendell, Barry J. Gurland, Norman Sartorius, y Tibor Farkas. 1969. "Cross-National Study of Diagnosis of the Mental Disorders: Some Results from the First Comparative Investigation". *American Journal of Psychiatry* 125 (10): 21-29.
- Cooper, Rachel. 2007a. *Psychiatry and Philosophy of Science*. Philosophy and Science. Stockfield: Acumen.
- . 2007b. "Relations between Theories 2: Reductionisms". En *Psychiatry and Philosophy of Science*, 102-25. Philosophy and Science. Stockfield: Acumen.
- . 2013. "Natural Kinds". En *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, editado por K. W. M. Fulford, Martin Davies, Richard G. T. Gipps, George Graham, John Z. Sadler, Giovanni Stanghellini, y Tim Thornton, 950-65. International Perspectives in Philosophy and Psychiatry. Oxford: Oxford University Press.
- Cosgrove, Lisa, y Sheldon Krinsky. 2012. "A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists". *PLoS Medicine* 9 (3): e1001190. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001190>.
- Cosgrove, Lisa, Sheldon Krinsky, Manisha Vijayaraghavan, y Lisa Schneider. 2006. "Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry". *Psychotherapy and Psychosomatics* 75 (3): 154-60. <https://doi.org/>

10.1159/000091772.

- Craver, Carl F., y Marie I. Kaiser. 2013. "Mechanisms and Laws: Clarifying the Debate". En *Mechanism and Causality in Biology and Economics*, editado por Hsiang-Ke Chao, Szu-Ting Chen, y Roberta L. Millstein, 3:125-47. History, Philosophy and Theory of the Life Sciences. Dordrecht: Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-2454-9>.
- Crichton, Paul, Havi Carel, y Ian James Kidd. 2017. "Epistemic Injustice in Psychiatry". *BJPsych Bulletin* 41 (2): 65-70. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050682>.
- Cronbach, Lee J., y Paul E. Meehl. 1955. "Construct Validity in Psychological Tests". *Psychological Bulletin* 52: 281-302.
- Cuthbert, Bruce N. 2015. "Research Domain Criteria: Toward Future Psychiatric Nosologies". *Dialogues in Clinical Neuroscience* 17 (1): 89-97. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/bcuthbert>.
- Cuthbert, Bruce N., y Thomas R. Insel. 2013. "Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC". *BMC Medicine* 11 (1): 126. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>.
- Cuthbert, Bruce N., y Michael J. Kozak. 2013. "Constructing Constructs for Psychopathology: The NIMH Research Domain Criteria." *Journal of Abnormal Psychology* 122 (3): 928-37. <https://doi.org/10.1037/a0034028>.
- Davidson, Donald. 1980. *Essays on actions and events*. Oxford : New York: Clarendon Press ; Oxford University Press.
- . 2004. *Problems of Rationality*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/0198237545.001.0001>.
- Descartes, René. (1641) 2010. *Discurso del método. Meditaciones metafísicas*. Traducido por Manuel García Morente. Madrid: Espasa.
- Di Carlo, Antonio, Maria Lamassa, Marzia Baldereschi, Giovanni Pracucci, Anna Maria Basile, Charles D.A. Wolfe, Maurice Giroud, Anthony Rudd, Augusto Ghetti, y Domenico Inzitari.

2003. "Sex Differences in the Clinical Presentation, Resource Use, and 3-Month Outcome of Acute Stroke in Europe: Data From a Multicenter Multinational Hospital-Based Registry". *Stroke* 34 (5): 1114-19. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000068410.07397.D7>.
- Drescher, Jack. 2015. "Out of DSM: Depathologizing Homosexuality". *Behavioral Sciences* 5 (4): 565-75. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>.
- Dupré, John. 1993. *The Disorder of Things: Metaphysical Foundations of the Disunity of Science*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Eisenberg, Leon. 1988. "The Social Construction of Mental Illness". *Psychological Medicine* 18 (1): 1-9. <https://doi.org/10.1017/S0033291700001823>.
- . 2007. "Commentary with a Historical Perspective by a Child Psychiatrist: When "ADHD" Was the "Brain-Damaged Child"". *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 17 (3): 279-83. <https://doi.org/10.1089/cap.2006.0139>.
- Engelhardt, Hugo Tristram. 1976. "Ideology and Etiology". *Journal of Medicine and Philosophy* 1 (3): 256-68. <https://doi.org/10.1093/jmp/1.3.256>.
- Ereshefsky, Marc. 2009. "Defining 'Health' and 'Disease'". *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 40 (3): 221-27. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2009.06.005>.
- European Commission, Directorate General for Research and Innovation. 2013. *Functional Magnetic Resonance Imaging: Understanding the technique and addressing its ethical concerns with a future perspective*. http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/ethics-guide-fmri_en.pdf.
- Eysenck, Hans J. 1960. "Classification and the Problem of Diagnosis". En *Handbook of Abnormal Psychology: an Experimental Approach*, editado por Hans J. Eysenck, 1-31. London: Pitman Medical Publishing. <https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.210137/page/n15>.

- Faucher, Luc, y Simon Goyer. 2015. "RDoC: Thinking Outside the DSM Box Without Falling into a Reductionist Trap". En *The DSM-5 in Perspective*, editado por Steeves Demazeux y Patrick Singy, 10:199-224. History, Philosophy and Theory of the Life Sciences. Dordrecht: Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-9765-8>.
- Feighner, John P., Eli Robins, Samuel B. Guze, Robert A. Woofruff, George Winokur, y Rodrigo Muñoz. 1972. "Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research". *Archives of General Psychiatry* 26: 57-63. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750190059011>.
- Fernandes, Brisa S., Leanne M. Williams, Johann Steiner, Marion Leboyer, André F. Carvalho, y Michael Berk. 2017. "The New Field of 'Precision Psychiatry'". *BMC Medicine* 15 (1). <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0849-x>.
- Fodor, Jerry A. 1990. *A theory of content and other essays*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Foucault, Michel. 1963. *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France.
- . 1966. *Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines*. Paris: Gallimard.
- Frances, Allen. 2013a. "DSM in Philosophyland: Curiouser and Curiouser". En *Making the DSM-5: Concepts and Controversies*, editado por Joel Paris y James Phillips, 95-103. New York, NY: Springer.
- . 2013b. *Saving Normal: An Insider's Revolt against out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. First edition. New York: HarperCollins.
- . 2017. "Newsflash From APA Meeting: DSM-5 Has Flunked Its Reliability Tests". 6 de diciembre de 2017. https://www.huffpost.com/entry/dsm-5-reliability-tests_b_1490857?guc-counter=1&guce_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cubmNiaS5ubG0ubmloLmdvdi9wbWMvYXJ0aWNsZXMvUE1DNDU3Mzg-xOS8&guce_referrer_sig=AQAAAH_siukBhneE3dyZHrYuDfCo

cU-vWN2IcXwNQ3Jqzyr6LE_o08LxqNNhpfDXu-IoY-F5wic4WWf8wPannzooLcrze7tndH_b9T-qwHQwfcicaR3j68-q4UlDmQ0wiEERd-6VEH240t5sjlBmp0IhwJUYPvRWUYtp-ny7q14Pv7rYFGw.

- Freidson, Eliot. 1970. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.
- Fricker, Miranda. 2007. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. 1. publ. in paperback. Oxford: Oxford University Press.
- Fulford, K W M. 2001. "'What Is (Mental) Disease?': An Open Letter to Christopher Boorse". *Journal of Medical Ethics* 27 (2): 80-85. <https://doi.org/10.1136/jme.27.2.80>.
- Fulford, K. W. M., y C. W. van Staden. 2013. "Values-Based Practice: Topsy-Turvy Take-Home Messages from Ordinary Language Philosophy (and a Few Next Steps)". En *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, editado por K. W. M. Fulford, Martin Davies, Richard G. T. Gipps, George Graham, John Z. Sadler, Giovanni Stanghellini, y Tim Thornton, 385-410. International Perspectives in Philosophy and Psychiatry. Oxford: Oxford University Press.
- Gabriel, Markus. 2017. *I Am Not a Brain: Philosophy of Mind for the Twenty-First Century*. Cambridge: Polity Press.
- Gibb, Sophie. 2015. "The Causal Closure Principle". *The Philosophical Quarterly* 65 (261): 626-47. <https://doi.org/10.1093/pq/pqv030>.
- Giroux, Élodie. 2010. *Après Canguilhem: définir la santé et la maladie*. 1. éd. Philosophies 208. Paris: Presses Univ. de France.
- Hacking, Ian. 1999. *The Social Construction of What?* Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- . 2002. "Making Up People". En *Historical Ontology*, 99-114. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Haslam, Nick. 2000. "Psychiatric Categories as Natural Kinds: Essentialist Thinking about Mental Disorder". *Social Research* 67 (4): 1031-58.

- Haslanger, Sally Anne. 2012. *Resisting Reality: Social Construction and Social Critique*. New York: Oxford University Press.
- . 2015. "Theorizing with a Purpose: The Many Kinds of Sex". En *Natural Kinds and Classification in Scientific Practice*, 129-44. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315619934>.
- Heil, John. 2009. "The Mind/Body Problem". En *A companion to metaphysics*, editado por Jaegwon Kim, Ernest Sosa, y Gary S. Rosenkrantz, 2nd ed., 36-45. Blackwell companions to philosophy. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Hernández, Angel Martínez. 2011. "La copia de los hechos. La bio-medicina, el poder y sus encubrimientos". *Quaderns* 27: 45-64.
- Ho, Beng-Choon, Nancy C. Andreasen, Steven Ziebell, Ronald Pier-son, y Vincent Magnotta. 2011. "Long-Term Antipsychotic Treatment and Brain Volumes". *Archives of General Psychiatry* 68 (2): 128-37.
- Hofmann, Bjørn. 2002. "On the Triad Disease, Illness and Sickness". *The Journal of Medicine and Philosophy* 27 (6): 651-73. <https://doi.org/10.1076/jmep.27.6.651.13793>.
- Horwitz, Allan V., y Jerome C. Wakefield. 2007. *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Hyman, Steven E. 2010. "The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification". *Annual Review of Clinical Psychology* 6 (1): 155-79. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>.
- Hyman, Steven E., y Eric J. Nestler. 1993. *The molecular foundations of psychiatry*. 1st ed. Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Illes, Judy, y Eric Racine. 2005. "Imaging or Imagining? A Neuroethics Challenge Informed by Genetics". *The American Journal of Bioethics* 5 (2): 5-18. <https://doi.org/10.1080/15265160590923358>.
- Insel, Thomas R. 2014. "The NIMH Research Domain Criteria (RDoC)

- Project: Precision Medicine for Psychiatry". *American Journal of Psychiatry* 171 (4): 395-97. <https://doi.org/10.1176/appi.a-jp.2014.14020138>.
- Insel, Thomas R., y Bruce N. Cuthbert. 2015. "Brain Disorders? Precisely". *Science* 348 (6234): 499-500. <https://doi.org/10.1126/science.aab2358>.
- Insel, Thomas R., Bruce N. Cuthbert, Marjorie Garvey, Robert Heinsen, Daniel S. Pine, Kevin Quinn, Charles Sanislow, y Philip Wang. 2010. "Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders". *American Journal of Psychiatry* 167 (7): 748-51. <https://doi.org/10.1176/appi.a-jp.2010.09091379>.
- Insel, Thomas R., y Remi Quirion. 2005. "Psychiatry as a Clinical Neuroscience Discipline". *JAMA* 294 (17): 2221. <https://doi.org/10.1001/jama.294.17.2221>.
- Jackson, Frank. 1982. "Epiphenomenal Qualia". *The Philosophical Quarterly* 32 (127): 127-36.
- Jacob, Pierre. 2019. "Intentionality". En *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, editado por Edward N. Zalta, (Winter 2019 Edition). Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/win2019/entries/intentionality/>.
- Kandel, Eric R. 1998. "A New Intellectual Framework for Psychiatry". *American Journal of Psychiatry* 155 (4): 457-69. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.457>.
- . 2005. *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Kapur, S, A G Phillips, y T R Insel. 2012. "Why Has It Taken so Long for Biological Psychiatry to Develop Clinical Tests and What to Do about It?" *Molecular Psychiatry* 17 (12): 1174-79. <https://doi.org/10.1038/mp.2012.105>.
- Kendell, Robert. 1975. "The Concept of Disease and Its Implications for Psychiatry". *The British Journal of Psychiatry* 127 (4): 305-15. <https://doi.org/10.1192/bjp.127.4.305>.
- . 1986. "What are mental disorders?" En *Issues in psychiatric*

classification: Science, practice and social policy, 23-45. New York, NY, US: Human Sciences Press.

- Kendell, Robert, y Assen Jablensky. 2003. "Distinguishing Between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnoses". *American Journal of Psychiatry* 160 (1): 4-12. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.4>.
- Kendler, Kenneth S., Rodrigo A. Muñoz, y George Murphy. 2010. "The Development of the Feighner Criteria: A Historical Perspective". *American Journal of Psychiatry* 167 (febrero): 134-42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081155>.
- Kidd, Ian James, y Havi Carel. 2017. "Epistemic Injustice and Illness". *Journal of Applied Philosophy* 34 (2): 172-90. <https://doi.org/10.1111/japp.12172>.
- Kincaid, Harold, y Jacqueline A. Sullivan, eds. 2014. *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*. Philosophical Psychopathology. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- King, Matt, y Joshua May. 2018. "Moral Responsibility and Mental Illness: A Call for Nuance". *Neuroethics* 11 (1): 11-22. <https://doi.org/10.1007/s12152-017-9345-4>.
- Kingma, Elseijn. 2007. "What Is It to Be Healthy?" *Analysis* 67 (294): 128-33. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8284.2007.00662.x>.
- . 2013. "Naturalists Accounts of Mental Disorder". En *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, editado por K. W. M. Fulford, Martin Davies, Richard G. T. Gipps, George Graham, John Z. Sadler, Giovanni Stanghellini, y Tim Thornton, 363-84. International Perspectives in Philosophy and Psychiatry. Oxford: Oxford University Press.
- . 2017. "Disease as Scientific and as Value-Laden Concept". En *Handbook of the Philosophy of Medicine*, editado por Thomas Schramme y Steven Edwards, 45-63. Dordrecht: Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-8688-1>.
- Kinzel, Katherina. 2020. "Wilhelm Windelband". En *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, editado por Edward N. Zalta, The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2020 Edition). Metaphysics Research Lab, Stanford University. [316](https://plato-</p></div><div data-bbox=)

.stanford.edu/archives/sum2020/entries/wilhelm-windelband/.

- Kirsch, Irving. 2010. *The emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth*. New York, NY: Basic Books.
- Kozak, Michael J., y Bruce N. Cuthbert. 2016. "The NIMH Research Domain Criteria Initiative: Background, Issues, and Pragmatics: NIMH Research Domain Criteria Initiative". *Psychophysiology* 53 (3): 286-97. <https://doi.org/10.1111/psyp.12518>.
- Kraemer, Helena Chmura, David J. Kupfer, Diana E. Clarke, William E. Narrow, y Darrel A. Regier. 2012. "DSM-5: How Reliable Is Reliable Enough?" *American Journal of Psychiatry* 169 (1): 13-15. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11010050>.
- Kramer, Morton. 1961. "Some problems for international research suggested by observations on differences in first admission rates to the mental hospitals of England and Wales and of the United States". En , 3:153-60. University of Toronto Press/ McGill University Press Montreal.
- Kramer, Peter D. 1993. *Listening to Prozac*. New York, N.Y., U.S.A: Viking.
- . 2005. *Against depression*. New York: Viking.
- Laing, Ronald D. 1960. *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. London: Tavistock Publications.
- . 1967. *The politics of experience and The bird of paradise*. Harmondsworth, England: Penguin Books.
- Lane, Christopher. 2007. *Shyness: how normal behavior became a sickness*. New Haven: Yale University Press.
- Lewis, David K. 1966. "An Argument for the Identity Theory". *Journal of Philosophy* 63 (1): 17-25. <https://doi.org/10.2307/2024524>.
- Lilienfeld, Scott O. 2007. "Cognitive Neuroscience and Depression: Legitimate Versus Illegitimate Reductionism and Five Challenges". *Cognitive Therapy and Research* 31 (2): 263-72. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9127-0>.

- . 2014. "The Research Domain Criteria (RDoC): An Analysis of Methodological and Conceptual Challenges". *Behaviour Research and Therapy* 62 (noviembre): 129-39. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.019>.
- Liu, Richard T. 2017. "The Microbiome as a Novel Paradigm in Studying Stress and Mental Health." *American Psychologist* 72 (7): 655-67. <https://doi.org/10.1037/amp0000058>.
- Loriga, Sabina. 2018. "Sobre el trauma histórico". Traducido por Virginia Ballesteros. *Pasajes* 54: 92-110.
- Lowe, E. J. 2006. "Non-Cartesian Substance Dualism and the Problem of Mental Causation". *Erkenntnis* 65 (1): 5-23. <https://doi.org/10.1007/s10670-006-9012-3>.
- MacCorquodale, Kenneth, y Paul E. Meehl. 1948. "On a Distinction between Hypothetical Constructs and Intervening Variables." *Psychological Review* 55 (2): 95-107. <https://doi.org/10.1037/h0056029>.
- Marková, Ivana S. 2018. "Translational Neuroscience and Psychiatry: A Conceptual Analysis". *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 24 (4): 791-96. <https://doi.org/10.1111/jep.12914>.
- Marková, Ivana S., y Germán E. Berrios. 2012. "Epistemology of Psychiatry". *Psychopathology* 45 (4): 220-27. <https://doi.org/10.1159/000331599>.
- Martin, Crescent B., Craig M. Hales, Qiuping Gu, y Cynthia Ogden. 2019. "Prescription Drug Use in the United States, 2015-2016". *NCHS Data Brief, No 334*.
- Martin, Joseph B. 2002. "The Integration of Neurology, Psychiatry, and Neuroscience in the 21st Century". *American Journal of Psychiatry* 159 (5): 695-704. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.695>.
- Matthew R. Broome. 2009. "Philosophy as the Science of Value: Neo-Kantianism as a Guide to Psychiatric Interviewing". *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 15 (2): 107-16. <https://doi.org/10.1353/ppp.0.0172>.
- Maung, Hane Htut. 2019. "Dualism and Its Place in a Philosophical

- Structure for Psychiatry". *Medicine, Health Care and Philosophy* 22 (1): 59-69. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9841-2>.
- McLaren, Niall. 2008. "Kandel's "New Science of Mind" for Psychiatry and the Limits to Reductionism: A Critical Review". *Ethical Human Psychology and Psychiatry* 10 (2): 109-21. <https://doi.org/10.1891/1559-4343.10.2.109>.
- Mellor Marsá, Blanca, y Massimiliano Aragona. 2009. "De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 29 (103): 217-28. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352009000100016>.
- Miller, Gregory A., y Morgan E. Bartholomew. 2020. "Challenges in the Relationships between Psychological and Biological Phenomena in Psychopathology". En *Levels of Analysis in Psychopathology*, editado por Kenneth S. Kendler, Josef Parnas, y Peter Zachar, 1.^a ed., 238-66. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108750349.022>.
- Moreira-Almeida, Alexander, Saulo de F. Araujo, y C. Robert Cloninger. 2018. "The Presentation of the Mind-Brain Problem in Leading Psychiatry Journals". *Revista Brasileira de Psiquiatria* 40 (3): 335-42. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2342>.
- Moya, Carlos J. 2006. *Filosofía de la mente*. València: Publicacions Universitat de València.
- Murphy, Dominic. 2006. *Psychiatry in the scientific image*. Philosophical psychopathology. Cambridge, Mass: MIT Press.
- National Institute of Mental Health. s. f. "About RDoC". Accedido 16 de octubre de 2020a. <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/about-rdoc.shtml>.
- . s. f. "RDoC Matrix". Accedido 16 de octubre de 2020b. <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/constructs/rdoc-matrix.shtml>.
- Neander, Karen. 1991. "Functions as Selected Effects: The Conceptual Analyst's Defense". *Philosophy of Science* 58 (2): 168-84.

<https://doi.org/10.1086/289610>.

- NIMH. 2015. *Webinar: Facts and Myths About RDoC*. <https://www.-nimh.nih.gov/news/media/2015/webinar-facts-and-myths-about-rdoc.shtml>.
- Nordenfelt, Lennart. 1993. "Concepts of Health and Their Consequences for Health Care". *Theoretical Medicine* 14 (4): 277-85. <https://doi.org/10.1007/BF00996335>.
- . 1994. "On the Disease, Illness and Sickness Distinction: A Commentary on Andrew Twaddle's System of Concepts". En *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health: A Dialogue between Andrew Twaddle and Lennart Nordenfelt*, editado por Andrew C Twaddle y Lennart Nordenfelt, 19-36. Linköping, Sweden: Linköping University, Dept. of Health and Society.
- . 2007. "The Concepts of Health and Illness Revisited". *Medicine, Health Care and Philosophy* 10 (1): 5-10. <https://doi.org/10.1007/s11019-006-9017-3>.
- Oram, Mathew. 2014. "Efficacy and Enlightenment: LSD Psychotherapy and the Drug Amendments of 1962". *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 69 (2): 221-50. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrs050>.
- Oudenhove, Lukas van, y Stefaan E. Cuypers. 2010. "The Philosophical "Mind-Body Problem" and Its Relevance for the Relationship Between Psychiatry and the Neurosciences". *Perspectives in Biology and Medicine* 53 (4): 545-57. <https://doi.org/10.1353/pbm.2010.0012>.
- Palmer, Derrol. 2000. "Identifying Delusional Discourse: Issues of Rationality, Reality and Power". *Sociology of Health and Illness* 22 (5): 661-78. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00225>.
- Parsons, Talcott. (1951) 2005. *The Social System*. Taylor & Francis E-Library. London: Routledge.
- Pernu, Tuomas K. 2019. "Elimination, Not Reduction: Lessons from the Research Domain Criteria (RDoC) and Multiple Realisation". *Behavioral and Brain Sciences* 42: e22. <https://doi.org/10.1017/S0140525X18001139>.

- Phillips, James. 2013. "The Conceptual Status of DSM-5 Diagnoses". En *Making the DSM-5: Concepts and Controversies*, editado por Joel Paris y James Phillips, 143-57. New York, NY: Springer.
- Pineda, David. 2012. *La mente humana: introducción a la filosofía de la psicología*. Madrid: Cátedra.
- Place, Ullin T. 1956. "Is Consciousness a Brain Process?" *British Journal of Psychology* 47 (1): 44-50. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1956.tb00560.x>.
- Platón. 1995. *Fedón. Fedro*. Traducido por Luis Gil Fernández. Madrid (España): Alianza Editorial.
- Polanczyk, Guilherme, Maurício Silva de Lima, Bernardo Lessa Horta, Joseph Biederman, y Luis Augusto Rohde. 2007. "The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis". *Am J Psychiatry*, 7.
- Pouncey, Claire. 2003a. "A Commentary on Psychiatric Diagnosis and Classification: A Conceptual Asymmetry". *World Psychiatric Association. Section on Classification, Diagnostic Assessment and Nomenclature. Newsletter*, agosto. http://wpanet.org/uploads/Sections/Classification_Diagnostic/news-aug-2003.pdf.
- . 2003b. "Diagnosis, classification, and validity: Reliability and sensitivity as test cases". *World Psychiatric Association. Section on Classification, Diagnostic Assessment and Nomenclature. Newsletter*, diciembre. https://www.wpanet.org/uploads/Sections/Classification_Diagnostic/news-dec-2003.pdf.
- Pratt, Laura A., Debra J. Brody, y Qiuping Gu. 2011. "Antidepressant Use in Persons Aged 12 and Over: United States, 2005-2008". *NCHS Data Brief*, n.º 76.
- Putnam, Hilary, ed. (1967) 1975. "The nature of mental states". En *Mind, Language and Reality*, 429-40. Cambridge: Cambridge University Press. https://www.cambridge.org/core/product/identifier/CBO9780511625251A027/type/book_part.
- Putnam, Hillary. 1975. "The Meaning of "Meaning"". En *Language*,

- Mind and Knowledge*, editado por Keith Gunderson, 131-93. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Quine, Willard. V. O. 1969. *Ontological Relativity: And Other Essays*. The John Dewey Essays in Philosophy. New York: Columbia University Press.
- . 2013. *Word and Object*. New ed. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Raman, Sudha R, Kenneth K C Man, Shahram Bahmanyar, Anick Berard, Scott Bilder, Takoua Boukhris, Greta Bushnell, et al. 2018. "Trends in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Medication Use: A Retrospective Observational Study Using Population-Based Databases". *The Lancet Psychiatry* 5 (10): 824-35. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30293-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30293-1).
- Ramsey, William. 2019. "Eliminative Materialism". En *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, editado por Edward N. Zalta, (Spring 2019 Edition). Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/materialism-eliminative/>.
- Robins, Eli, y Samuel Guze. 1970. "Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness - Its Application to Schizophrenia". *American Journal of Psychiatry* 126 (7): 983-87.
- Robinson, Howard. 2020. "Dualism". En *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, editado por Edward N. Zalta, (Fall 2020 Edition). Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/dualism/>.
- Rodrigues, Adriano C. T., y Claudio E. M. Banzato. 2015. "Reality and utility unbound: an argument for dual-track nosologic validation". En *Alternative perspectives on psychiatric validation: DSM, ICD, RDoC, and beyond*, editado por Peter Zachar, Drodzstoj St. Stoyanov, Massimiliano Aragona, y Assen Jablenski, First edition, 47-58. International perspectives in philosophy and psychiatry. Oxford: Oxford University Press.
- Rosenhan, David L. 1973. "On Being Sane in Insane Places". *Science* 179: 250-58.
- Saborido, Cristian, Alvaro Moreno, María González-Moreno, y Juan

- Carlos Hernández Clemente. 2016. "Organizational Malfunctions and the Notions of Health and Disease". En *Naturalism in the Philosophy of Health*, editado por Élodie Giroux, 101-20. History, Philosophy and Theory of the Life Sciences. Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29091-1_7.
- Sacks, Oliver W. 2011. *The man who mistook his wife for a hat*. London: Picador.
- Sanjuán, Julio. 2016. *¿Tratar la mente o tratar el cerebro?: hacia una integración entre psicoterapia y psicofármacos*.
- Scadding, John G. 1967. "Diagnosis: The Clinician and the Computer". *The Lancet* 21: 877-82.
- Schäfer, Michael. 1999. "Nomothetic and Idiographic Methodology in Psychiatry A Historical-Philosophical Analysis". *Medicine, Health Care and Philosophy* 2: 265-74.
- Schwartz, Peter H. 2007. "Defining Dysfunction: Natural Selection, Design, and Drawing a Line*". *Philosophy of Science* 74 (3): 364-85. <https://doi.org/10.1086/521970>.
- Searle, John R. 1980. "Minds, Brains, and Programs". *Behavioral and Brain Sciences* 3 (septiembre): 417-57. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00005756>.
- Sedgwick, Peter. 1973. "Illness: Mental and Otherwise". *The Hastings Center Studies* 1 (3): 19-40. <https://doi.org/10.2307/3527464>.
- . 1982. *Psychopolitics*. London: Pluto Press.
- Shapiro, Lawrence A. 2004. *The Mind Incarnate*. Life and Mind. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Shorter, Edward. 1997. *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons.
- Sider, Theodore. 2011. *Writing the Book of the World*. Oxford: Oxford University Press.
- Simon, Jeremy. 2007. "Beyond Naturalism and Normativism: Reconceiving the 'Disease' Debate". *Philosophical Papers* 36

- (3): 343-70. <https://doi.org/10.1080/05568640709485206>.
- Smart, John J. C. 1959. "Sensations and Brain Processes". *The Philosophical Review* 68 (2): 141-56. <https://doi.org/10.2307/2182164>.
- . 2017. "The Mind/Brain Identity Theory". En *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, editado por Edward N. Zalta, (Spring 2017 Edition). Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/mind-identity/>.
- Spitzer, Robert L., Jean Endicott, y Jean-Arthur Micoulaud Franchi. 2018. "Medical and Mental Disorder: Proposed Definition and Criteria". *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 176 (7): 656-65. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.07.004>.
- Spitzer, Robert L., y Joseph L. Fleiss. 1974. "A Re-Analysis of the Reliability of Psychiatric Diagnosis". *British Journal of Psychiatry* 125: 341-47. <https://doi.org/10.1192/bjp.125.4.341>.
- Stoyanov, Drozdstoj St., Stefan J. Borgwardt, y Somogy Varga. 2015. "Translational validity across neuroscience and psychiatry". En *Alternative perspectives on psychiatric validation: DSM, ICD, RDoC, and beyond*, editado por Peter Zachar, Drozdstoj St. Stoyanov, Massimiliano Aragona, y Assen Jablenski, First edition, 128-58. International perspectives in philosophy and psychiatry. Oxford: Oxford University Press.
- Szasz, Thomas. (1961) 1972. *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*. New and Abbreviated ed. London: Paladin.
- . (1970) 1973. *Ideology and insanity: essays on the psychiatric dehumanization of man*. London: Calder and Boyars.
- . 1984. *The therapeutic state: psychiatry in the mirror of current events*. Buffalo, N.Y: Prometheus Books.
- Sznitman, Sharon R., y Anne Line Bretteville-Jensen. 2015. "Public Opinion and Medical Cannabis Policies: Examining the Role of Underlying Beliefs and National Medical Cannabis Policies". *Harm Reduction Journal* 12 (1): 46. <https://doi.org/10.1186/>

s12954-015-0082-x.

- Taylor, Eric. 2011. "Antecedents of ADHD: A Historical Account of Diagnostic Concepts". *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* 3 (2): 69-75.
- Thomas, Joel G., y Paul B. Sharp. 2019. "Mechanistic Science: A New Approach to Comprehensive Psychopathology Research That Relates Psychological and Biological Phenomena". *Clinical Psychological Science* 7 (2): 196-215. <https://doi.org/10.1177/2167702618810223>.
- Timmermans, Stefan, y Steven Haas. 2008. "Towards a Sociology of Disease". *Sociology of Health & Illness* 30 (5): 659-76. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01097.x>.
- Turner, Bryan S. (1987) 1995. *Medical power and social knowledge*. 2nd ed. London: Sage Publications. https://books.google.es/books?id=aRqDk1vYQRQC&pg=PA37&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false.
- Turner, Bryan S. (1984) 2008. *The Body & Society: Explorations in Social Theory*. 3rd ed. London: Sage Publications.
- United States Drug Enforcement Administration. s. f. "Drug Fact Sheets". Accedido 14 de agosto de 2017.
- Vidal, Fernando, y Francisco Ortega. 2017. *Being brains: making the cerebral subject*. Forms of living. New York: Fordham University Press.
- Wakefield, Jerome C. 1992. "The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values". *American Psychologist* 47 (3): 373-88.
- . 1997. "Normal Inability Versus Pathological Disability: Why Ossorio's Definition of Mental Disorder Is Not Sufficient". *Clinical Psychology: Science and Practice* 4 (3): 249-58. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00113.x>.
- . 1999. "Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder". *Journal of Abnormal Psychology* 108 (3): 374-99.

- Wakefield, Jerome C., y Steeves Demazeux, eds. 2016. *Sadness or Depression? International Perspectives on the Depression Epidemic and Its Meaning*. New York: Springer.
- Wakefield, Jerome C., y Allan V. Horwitz. 2016. "Psychiatry's Continuing Expansion of Depressive Disorder". En *Sadness or Depression? International Perspectives on the Depression Epidemic and Its Meaning*, editado por Jerome C. Wakefield y Steeves Demazeux, 173-203. New York: Springer.
- Wakefield, Jerome C., y Mark F. Schmitz. 2013. "When Does Depression Become a Disorder? Using Recurrence Rates to Evaluate the Validity of Proposed Changes in Major Depression Diagnostic Thresholds". *World Psychiatry* 12 (1): 44-52. <https://doi.org/10.1002/wps.20015>.
- Whitaker, Robert. 2009. "Deinstitutionalization and Neuroleptics: The Myth and the Reality". En *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses: Past, Present and Future*, editado por Yrjö O Alanen, Manuel González de Chávez, Ann-Louise S. Silver, y Brian Martindale, 346-56. London; New York: Routledge. <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=432737>.
- Whitaker, Robert, y Lisa Cosgrove. 2015. *Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform*. New York: Palgrave Macmillan US : Imprint : Palgrave Macmillan. <https://link.springer.com/openurl?genre=book&isbn=978-1-349-50598-2>.
- Williams, Simon J. 2005. "Parsons Revisited: From the Sick Role To . . . ?" *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 9 (2): 123-44. <https://doi.org/10.1177/1363459305050582>.
- . 2006. "Medical Sociology and the Biological Body: Where Are We Now and Where Do We Go from Here?" *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 10 (1): 5-30. <https://doi.org/10.1177/1363459306058984>.
- World Health Organization. 2019. *The ICD-10 Classification of Men-*

tal and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva.

- Yalowitz, Steven. 2014. "Anomalous Monism". En *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, editado por Edward N. Zalta, (Winter 2014 Edition). Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/entries/anomalous-monism/#EpiObj>.
- Yan, Di, Ladan Afifi, Caleb Jeon, Kelly M Cordoro, y Wilson Liao. 2018. "A Cross-Sectional Study of the Distribution of Psoriasis Subtypes in Different Ethno-Racial Groups". *Dermatology Online Journal* 24 (7): 4.
- Zachar, Peter. 2000a. "Psychiatric Disorders Are Not Natural Kinds". *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 7 (3): 167-82.
- . 2000b. *Psychological Concepts and Biological Psychiatry: A Philosophical Analysis*. Advances in Consciousness Research 28. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- . 2020. "Non-Reductionism, Eliminativism, and Modularity in RDoC: Thoughts about a Progressive Mechanistic Science". En *Levels of Analysis in Psychopathology*, editado por Kenneth S. Kendler, Josef Parnas, y Peter Zachar, 1.^a ed., 267-74. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108750349.023>.

