



UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
FACULTAD DE FILOSOFÍA

Máster Universitario en Filosofía Teórica y Práctica
Especialidad de **Lógica, Historia y Filosofía de la Ciencia**

Trabajo Fin de Máster

**UN EJERCICIO DE FILOSOFÍA PRÁCTICA
APLICADA A LA RESOLUCIÓN
DE PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS**

Autora: María Begoña Fleitas Morales

Tutor: Julio César Armero San José

Madrid, Septiembre 2016

RESUMEN

Este ejercicio pretende mostrar la gran utilidad que tiene la filosofía en psiquiatría, sobre todo la filosofía de la ciencia y la filosofía de la mente: desde un punto de vista teórico, para una revisión crítica de la teoría y de la investigación en salud mental; desde un enfoque práctico, como herramienta complementaria al tratamiento convencional para determinados problemas psiquiátricos. Se utiliza el ejemplo de una historia clínica individual. La tesis que defiende este trabajo afirma que la filosofía aplicada puede ayudar a un paciente psiquiátrico a superar su trastorno y a ser corresponsable de su salud mental.

ABSTRACT

This exercise aims to show the great usefulness of philosophy in psychiatry, basically, the philosophy of science and the philosophy of mind: from a theoretical point of view, for a critical review of theory and research in mental health; from a practical approach, as a complementary tool to conventional treatment for some psychiatric problems. An individual clinical history is used as an example. The thesis presented in this paper claims that the applied philosophy can help a psychiatric patient to overcome their disorder and to be jointly responsible for their mental health.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. LA RELACIÓN ENTRE PSIQUIATRÍA Y FILOSOFÍA DE LA CIENCIA SEGÚN R. COOPER.....	7
2.1. La definición de trastorno mental y los trastornos mentales como clases naturales.....	8
2.2. Estrategias de trabajo en salud mental.....	16
2.3. La influencia de valores e intereses en psiquiatría.....	26
3. EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM).....	28
3.1. Repaso por los últimos textos canónicos de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).....	28
3.2. Steven Hyman: el problema de la reificación en el DSM.....	34
3.3. Allen Frances y el DSM-5: ¿pero queda alguien sano?.....	38
4. EL DEBATE SOBRE LA REVISIÓN DEL DSM-5: T. KAYALI BROWNE <i>VERSUS</i> R. COOPER.....	40
5. COMPRENDER LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO.....	47
5.1. El trastorno disociativo.....	48
5.2. La importancia de las historias clínicas para las explicaciones en psiquiatría.....	51
5.3. Resumen de mi historia clínica.....	54
5.4. La disociación según el materialismo ilustrado que defiende K. Evers.....	59

6. CONCLUSIONES.....	65
6.1 Conclusiones a partir del caso clínico.....	65
6.2 Conclusiones generales.....	68
 BIBLIOGRAFÍA.....	 72

A las doctoras Rosi Morales y María José Hernández

Al profesor Julio C. Armero

1. INTRODUCCIÓN

En la primera parte de este trabajo se defiende la función teórico-crítica de la filosofía de la ciencia respecto de la psiquiatría. Se analiza la relación entre ambas disciplinas repasando algunos aspectos filosóficos fundamentales del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés), como la propia definición de trastorno, la consideración de los trastornos mentales como clases naturales, la creciente patologización de situaciones normales de la vida o los peligros de la psiquiatría preventiva, entre otros. Posteriormente, se hace una lectura actualizada del debate sobre la revisión del DSM-5.

En la segunda parte se muestra la importante función práctica que la filosofía tiene en el ámbito de la salud mental. Tratando de comprender la labor psiquiátrica a través de sus distintas estrategias de trabajo, nos centraremos luego en un trastorno mental determinado y en un caso clínico particular: mi propia historia clínica. Para abordar el problema se propone un tratamiento filosófico, complementario a los tratamientos farmacológico y psicoterapéutico, aplicando, en primer lugar, una metodología reduccionista y una epistemología eliminativista en el análisis de uno mismo y, en segundo lugar, utilizando la estrategia cognitivo-computacional para tratar de desentrañar los juegos del lenguaje de la mente que desencadenan episodios agudos de dicho trastorno.

En síntesis, esta investigación plantea dos tesis fundamentales: 1) que los pacientes psiquiátricos pueden y deben implicarse en su propio plan terapéutico, logrando minimizar su estigma y ganando autonomía en la gestión de su salud; y 2) que la filosofía tiene una importante labor crítica y terapéutica que cumplir en las ciencias de la salud, especialmente en psiquiatría.

2. LA RELACIÓN ENTRE PSIQUIATRÍA Y FILOSOFÍA DE LA CIENCIA SEGÚN R. COOPER

En este apartado se analizará la relación entre la filosofía de la ciencia y la psiquiatría de la mano de Rachel Cooper, experta británica en filosofía de la psiquiatría que lleva años estudiando también los errores filosóficos de los distintos DSM. Su última publicación, de 2014, es precisamente *Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

Según Cooper (2007, 9-10)¹, para establecer la relación existente entre psiquiatría y filosofía de la ciencia hay que tratar de responder, en primer lugar, a la pregunta de si la psiquiatría es o no realmente una ciencia. Para ello, iremos analizando una a una las cuatro características propias que parecen distinguirla del resto de las ciencias prototípicas, a saber:

- a) El contenido de su disciplina es cuestionado. Entre otras cosas porque muchos teóricos afirman que las enfermedades mentales no existen.
- b) La psiquiatría emplea formas particulares de explicación, principalmente la explicación basada en la historia natural del trastorno² y las explicaciones que dependen de las historias clínicas individuales.
- c) Los profesionales de la salud mental trabajan con diferentes estrategias teóricas, al contrario de lo que ocurre normalmente en muchas áreas de las distintas ciencias, donde hay un único paradigma principal que sirve de base para una subdisciplina.
- d) La psiquiatría está influenciada por valores e intereses, lo cual afecta tanto a los diagnósticos como a la financiación de la investigación.

A continuación se analizarán sucintamente las cuestiones primera, tercera y cuarta, dejando la cuestión de la explicación en psiquiatría para la segunda parte del trabajo, porque a partir de ella se expondrá el caso clínico que nos servirá para desarrollar las conclusiones finales.

¹ Cooper, R. (2007). *Psychiatry and Philosophy of Science*. Acumen.

² Ver Historia natural de la enfermedad. (2016, 22 de julio). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: agosto 27, 2016 desde https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia_natural_de_la_enfermedad&oldid=92433361.

2.1. La definición de trastorno mental y los trastornos mentales como clases naturales

Para tratar de aclarar si realmente existen o no existen los trastornos mentales, Cooper (*Ibid.*, 11-27), después de analizar los principales argumentos de la denominada antipsiquiatría (sobre todo los de Rosenhan, Foucault, Szasz, Laing y Esterson)³, estima que son insuficientes para poner en cuestión la existencia de las patologías mentales. Aunque coincide en algunas cuestiones con lo planteado por Szasz.

En *The Myth of Mental Illness* (1972), Szasz (1920-2012) argumenta que las enfermedades mentales no existen. Desde su punto de vista, las mentes no pueden enfermar porque las enfermedades, en un sentido literal, son causadas por lesiones físicas. Por lo tanto, hablar de “enfermedades mentales”, admitiendo que se trata de enfermedades específicas que no tienen una base física, es una forma de hablar absolutamente incoherente. Por supuesto, si se demuestra que algunos de los llamados “trastornos mentales” tienen base biológica, entonces Szasz aceptaría que se trata de enfermedades, pero prefiere hablar de enfermedades por causas biológicas que referirse a ellas por los síntomas psicológicos a los que están asociadas y, en consecuencia, opina que es preferible catalogarlas como enfermedades cerebrales en lugar de trastornos mentales.

Cooper también coincide con Szasz (1961) en que las razones por las cuales los trastornos físicos y mentales captan nuestra atención son siempre diferentes. El psiquiatra húngaro afirma que mientras los trastornos físicos van contra las normas biológicas, los trastornos mentales van contra las normas psicosociales, éticas y legales. Sin embargo, Cooper considera que la clave consiste en distinguir aquellos problemas que se explican mejor en términos personales (sociales, éticos o legales) de aquellos otros que son mejor explicados en términos sub-personales (conductuales, psicológicos o físicos). Por ejemplo, alguien que conduce temerariamente llama la atención, en

³ Ver Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250-258.

Foucault, M. (1965). *Madness and Civilisation: A History of Insanity in the Age of Reason*, trans. R. Howard. *Pantheon, New York*. Y su versión larga Foucault, M. (2013). *History of madness*. Routledge. Es interesante comparar las tesis de Foucault con las de un referente de la tradición analítica como W. V. Quine (1960), sugiere Cooper.

Szasz, T. S. (1972). *The Myth of Mental Illness*, 1962. *Seeker and Warburg, London*.

Szasz, T. (1961). *Myth of mental illness* (Vol. 15). New York.

Laing, R. D., & Esterson, A. (1970). *Sanity, madness, and the family: Families of schizophrenics*.

Laing, R. D. (1990). *The politics of experience and the bird of paradise*. Penguin UK. Original de 1967.

primer lugar, por violar una norma ética o legal pero, a continuación, hay que valorar si existe algún problema médico de fondo (si la persona percibió interiormente voces que la distrajeran o sufre de narcolepsia, por citar dos posibles causas). En estos casos la explicación sub-personal es mejor que la personal: se pone el acento en la naturaleza de la explicación para violar la norma, no en la naturaleza de la norma que ha sido violada. No obstante, Szasz tiene razón cuando afirma que las conductas que son mejor explicadas en el nivel personal no deberían ser consideradas como enfermedades mentales. Pero Cooper opina que se equivoca al sugerir que los “trastornos mentales” son un mito, porque algunas veces la mejor explicación de una conducta es la explicación sub-personal, y cuando las conductas son problemáticas desde este punto de vista lo más razonable es que sean tratadas por médicos⁴.

La tesis de que una enfermedad mental como la esquizofrenia no debe ser considerada patológica porque es algo positivo (una suerte de camino místico que conduce hacia una mayor sensatez, como defiende Laing 1967⁵), resulta poco convincente. Es más, muchos trastornos mentales son algo realmente negativo, concluye Cooper (*Ibid.*, 28-43).

Ahora bien, si la enfermedad mental no es un mito, entonces ¿qué es? Para responder debemos adentrarnos en la naturaleza de los trastornos mentales.

Entre las diferentes definiciones de ‘trastorno’ que parecen estar en disputa no está claro cuál de ellas finalmente resultará satisfactoria. En opinión de Cooper, queda mucho trabajo por hacer para desarrollar una explicación convincente del concepto de trastorno. Sin embargo, considera que el consenso se empieza a dar

⁴ Como se recomienda también más adelante, para comprender mejor la polémica entre naturalismo y constructivismo en relación al concepto de salud/enfermedad, ver particularmente el epígrafe 6. Conclusions y, en general, todo el artículo: Murphy, D., "Concepts of Disease and Health", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2015 Edition). Edward N. Zalta (ed.), URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/health-disease/>>.

⁵ Ronald D. Laing (1927-1989), psiquiatra escocés especialista en la experiencia psicótica, plantea una crítica al tratamiento convencional porque niega al enfermo la posibilidad de una curación real. Según su teoría, la curación se produciría gracias a un proceso metanoico (entendido como una sucesión de etapas desde que se produce la desconexión del mundo real, pasando por estados intermedios, hasta la vuelta a la realidad cotidiana) y no una simple interrupción brusca del proceso psicótico, porque ésta podría dar lugar a la cronificación de la enfermedad. Desde su punto de vista, “la enfermedad mental no sería por tanto la propia psicosis sino el hecho del “atascamiento” existencial en el que ciertas personas tienden a entrar por una predisposición unida a unos determinados condicionamientos ambientales (ecológicos)”. Ronald David Laing. (2015, 18 de mayo). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: septiembre 9, 2016 desde https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ronald_David_Laing&oldid=82523534. Ver Laing, R. D. (1968). *Metanoia*. London: Deborah Roger, Ltd.; Ruitenbeek, H. M. (Ed.). (1972). Laing, R. D. *Metanoia: Some experiences at Kingsley Hall, London*, y *Going crazy: The radical therapy of RD Laing and others*. Bantam Books.

respecto a cuestiones fundamentales. En primer lugar, muchas de las explicaciones de trastorno están incluyendo conjuntamente trastornos físicos y mentales. Esto quiere decir que la diferencia entre ellos no es de mucha importancia. En segundo lugar, hay un consenso general sobre que los trastornos son necesariamente situaciones perjudiciales. Por lo tanto, las perspectivas para las explicaciones puramente descriptivas de trastorno son limitadas.

Precisamente es el filósofo Christopher Boorse (1975, 1976, 1977, 1997) el defensor más conocido de una explicación puramente biológica de enfermedad⁶. Su idea de que las partes de los organismos tienen funciones, y que las enfermedades son disfunciones, es intuitivamente bastante fácil de captar. Pero cuando uno trata de encontrar una definición precisa de “función” entonces las cosas se complican, afirma Cooper (*Ibid.*, 30) remitiendo a un trabajo anterior (Cooper 2002) en el que argumenta que hay problemas profundos para concluir una explicación de función normal que pueda ser utilizada como base de una explicación del “trastorno-como-disfunción” para los trastornos humanos contemporáneos, aunque no es una cuestión sobre la que se pueda entrar ahora⁷.

⁶ “The naturalist conception of disease (perhaps most clearly stated in Boorse 1975,1997) is that the human body comprises organ systems that have natural functions from which they can depart in many ways. Some of these departures from normal functioning are harmless or beneficial, but others are not. The latter are ‘diseases’. So to call something a disease involves both a claim about the abnormal functioning of some bodily system and a judgment that the resulting abnormality is a bad one. Naturalists contend that the determination of bodily malfunction is an objective matter to be determined by science. They may also argue (Boorse 1997) that determining whether a malfunction is detrimental to human well-being is also an objective matter, but often they concede that normative considerations are the basis for that judgment. So the naturalist position is that a disease is a bodily malfunction that causes one's life to deteriorate. This malfunction could take many forms: it is not a necessary part of the naturalist case that diseases constitute a natural kind.

Boorse distinguished “disease” from “illness”. The former is the failure to conform to the “species-typical design” of humans, and the latter is a matter of judgments that a disease is undesirable, entitles one to special treatment, or excuses bad behavior. An account of malfunction must be parasitic on a theory of function. Boorse thinks a function is a ‘species-typical’ contribution to survival and reproduction (1976, 62–63). Disease is failure to function according to a species design, in which functional efficiency is either degraded below the typical level or limited by environmental agents (1977, 550, 555, 567; 1997, 32).”

Murphy, D., "Concepts of Disease and Health", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2015 Edition).

⁷ “Cooper (2002, 265) suggests that a straightforward appeal to dysfunction must be qualified in light of some apparent counterexamples. A woman taking contraceptive pills, for example, may be interfering with typical functioning, but ingesting contraceptives is not a disease. (Boorse would have to call it a self-inflicted disease that does not make the woman ill.) Cooper also raises the problem of individuals with chronic conditions that are controlled by drugs. She argues that these are cases of diseased subjects who nonetheless function normally and suggests that the analysis must be amended to talk of a disposition to malfunction. But, as Cooper sees, the big problem faced by Boorsian accounts is that of coming up with an acceptable conception of normal function in the first place.” (*Ibid.*).

En definitiva, Cooper afirma que cualquiera de las explicaciones de lo patológico basadas en un concepto de función absolutamente biológico son inadecuadas. Sus hipótesis son: 1) el que exista una disfunción biológica no es razón suficiente para definir un estado como trastorno (simplemente porque hay algunas disfunciones biológicas que no son trastornos)⁸; y 2) algunos trastornos se dan sin que exista disfunción biológica⁹. De modo que la disfunción biológica no es condición suficiente ni necesaria para el trastorno. Por lo tanto, sería conveniente abandonar las explicaciones biológicamente fundamentadas de trastorno y considerar otras alternativas.

De hecho, la principal dificultad que comparten la definición biológica y la definición de disfunción adoptada en el DSM¹⁰ es que no incluyen la posibilidad de que algunos trastornos sean biológica y evolutivamente ventajosos (y en absoluto deban ser considerados disfunciones), plantea Cooper. Ella misma había propuesto con anterioridad una definición -Cooper (2002), combinada con la de Reznek (1987)-, a la que denomina “*messy*” (desordenada)¹¹, en la cual considera a los trastornos como estados perjudiciales que son potencialmente tratables con medicación. Según Reznek, esos estados deben ser también patológicos. Además Cooper (2007, 39-40) apunta que los pacientes deben sentirse infelices, y que sólo se puede saber que se es infeliz si se tienen expectativas razonables de que se puede estar mejor. El mayor problema que plantea esta definición es que se necesita trabajar más a fondo para dar cuerpo a los diferentes criterios¹².

⁸ Utilizando el ejemplo de la homosexualidad, que veremos más abajo.

⁹ Cooper (2007, 33) cita el caso de la agorafobia y otros trastornos de ansiedad, los cuales pueden ser o no beneficiosos ahora, pero pudieron haber sido adaptativos cuando los humanos vivían en ambientes más peligrosos (Marks & Nesse 1994; Nesse 1987).

¹⁰ El sentido de trastorno mental que opera en la última edición del manual es el siguiente: “DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) defines mental disorders (p. 20) as syndromes comprising clinically significant disturbances of cognition, emotion or behaviour that reflect underlying dysfunctions. These are normally associated with distress or social disability, but cannot be diagnosed if the behaviour is culturally normal or merely socially deviant, unless it reflects a dysfunction.” Ver Murphy, D., “Philosophy of Psychiatry”, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2015 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/psychiatry/>>.

¹¹ “A number of writers have put forward what I shall call “*messy*” accounts of disease. Such accounts employ a number of conditions that are jointly considered to be necessary and sufficient for a condition to be a disorder. I call these accounts “*messy*” accounts because in giving a number of criteria that are jointly necessary and sufficient for a condition to be a disease they lack the simplicity of single-criterion accounts.” (Cooper, 2007, 39).

¹² Cooper difiere de Reznek en que para considerar que una situación es perjudicial es suficiente con que sea dañina para una persona, no en general para todos los miembros de la especie -como opina él. Además, mientras Reznek defiende que un “tratamiento médico” puede ser definido mediante un listado

En la versión muy reducida de su tesis doctoral (2002b), *What is wrong with the DSM?* (2004), Rachel Cooper presenta el análisis conceptual del DSM. Por un lado, detecta errores ontológicos cuando trata de responder qué es un ‘trastorno mental’ o cuando analiza si las distintas categorías de trastornos son clases naturales, es decir, si realmente las distinciones entre ellos son objetivas y tienen una importancia fundamentalmente teórica como, por ejemplo, las distinciones entre los elementos químicos. Por otro lado, pone de manifiesto errores epistémicos, esto es, si finalmente los trastornos mentales son clases naturales, el DSM debería reflejar esas categorías naturales, argumenta.

Analizando cuánto del DSM está influenciado por ese enfoque teórico naturalista, muestra en qué medida ha sido modelado por factores sociales y financieros, concluyendo que, si bien tiene una inmensa importancia para la práctica clínica, el DSM no ha devenido en la mejor forma posible para clasificar los trastornos mentales.

Pero volviendo al asunto de la definición de ‘trastorno mental’, veamos si la adoptada por los diferentes DSM es conceptualmente adecuada.

Nos aclara Cooper en su artículo de 2004 que esta definición surge en el marco de los debates sobre la homosexualidad que tuvieron lugar en la década de los 70 del siglo pasado. Desde que se publicó el DSM-II en 1968 hasta 1973, la homosexualidad fue catalogada como una enfermedad mental. Robert Spitzer (1932-2015)¹³, presidente del comité del DSM- III, se implicó en los debates y encontró una definición de ‘trastorno’ acorde con su propia postura sobre el tema, sugiriendo que la homosexualidad no era en sí misma un trastorno, sino que un determinado diagnóstico podría incluir a homosexuales cuya orientación sexual fuese para ellos una experiencia traumática. Pero esto fue utilizado políticamente porque establecía una frontera entre aquellos que consideraban la homosexualidad como trastorno mental y aquellos otros que la consideraban una variante de la sexualidad humana.

Para defender su punto de vista, Spitzer formuló una definición de trastorno mental que satisfacía todas las condiciones del DSM-II con la excepción de la

de intervenciones farmacológicas y quirúrgicas, ella opina que sólo es posible definirlo sociológicamente. En general, para una mejor comprensión de la polémica filosófica entre naturalistas y constructivistas en torno a las definiciones de salud y enfermedad, ver Murphy, D. (2015) "Concepts of Disease and Health".

¹³ Ver Robert Spitzer (psychiatrist). (2016, July 11). In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved: August 17, 2016, from [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Robert_Spitzer_\(psychiatrist\)&oldid=729341647](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Robert_Spitzer_(psychiatrist)&oldid=729341647)
Spitzer (1973, 1981).

homosexualidad. Según esta definición sólo existe una condición para que un trastorno sea catalogado como trastorno mental: que cause sufrimiento (angustia) o discapacidad. Esta posición fue adoptada por la APA¹⁴ en 1973, eliminando del DSM-II la homosexualidad como diagnóstico patológico y añadiendo el “Trastorno de orientación sexual”, un diagnóstico para homosexuales cuya orientación les causaba infelicidad.

Como ya vimos más arriba, para Cooper la definición de ‘trastorno’ como ‘disfunción’ es inaceptable sencillamente porque no siempre la disfunción es un trastorno. De hecho, las bases genéticas de algunas condiciones clasificadas como trastorno o disfunción pueden ser entendidas como ventajas evolutivas. A su juicio, se necesita una nueva definición de trastorno o de enfermedad, que cumpla estos tres criterios: ser nociva para quien la padece, que además le haga sentirse infeliz y que pueda ser tratada médicamente.

Pero la APA no ha dedicado precisamente mucho tiempo a la cuestión crucial de definir adecuadamente enfermedad (mental, en el caso que nos ocupa), salvo en los mencionados debates públicos en los cuales utilizó la categorización para intentar defender a la psiquiatría de posturas antipsiquiátricas que la acusaban de medicalizar y estigmatizar problemas de la vida cotidiana. De hecho, tanto el DSM-IV como el DSM-IV-TR apuestan por el término ‘trastorno’¹⁵ -como ya hemos apuntado y como se ha venido utilizando-.

Aunque Cooper reconoce que el uso de ‘trastorno’ es producto en cierta medida de un juicio de valor, no está de acuerdo con la idea de que lo sea en su totalidad, refutando los dos principales argumentos que sostienen esta tesis: el argumento histórico, defendido entre otros por Allan Young (1988)¹⁶, y el argumento de

¹⁴ Asociación Americana de Psiquiatría.

¹⁵ Para comprender mejor este debate histórico, Cooper remite a Bayer (1981) para la cuestión sobre la homosexualidad, y a Cooper (2002a), donde el tema de la enfermedad se desarrolla con mayor detalle.

¹⁶ En *La armonía de las ilusiones: el invento del Trastorno de estrés post-traumático* (1995), A. Young pretende mostrar cómo las entidades denominadas 'trastornos' son constructos combinados de intereses tecnológicos, institucionales y sociales. En 1998, Young ya defendía la importancia de la psiquiatría transcultural. Según un estudio llevado a cabo en una población de 2246 personas residentes en un área urbana multicultural en Canadá se concluyó que, según las circunstancias personales, síntomas aparentemente comunes podían ser interpretados como un indicio de enfermedad o trastorno, un indicativo de psicopatología, una condensación simbólica de conflicto intrapsíquico, una expresión culturalmente codificada de angustia, un medio para expresar el descontento social o incluso un mecanismo a través del cual los pacientes intentaban reposicionarse dentro de sus mundos locales. Ver Kirmayer & Young (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic medicine*, 60(4), 420-430.

Ian Hacking¹⁷. Pero no tenemos tiempo de tratar con detalle esta cuestión ahora. Sencillamente adoptaremos el punto de vista de Cooper respecto al concepto trastorno y, aunque no sea la mejor definición de problema psiquiátrico que puede darse, consideraremos que, de momento, es válida para el ejercicio de la clínica psiquiátrica y para nuestra labor filosófica.

Volviendo a la discusión sobre si los trastornos mentales son clases naturales, según Cooper (2004; 2007, 63-64) es plausible que al menos algunas de las categorías de trastornos mentales del DSM sean clases naturales (aunque otras no lo sean). Si no lo son en el sentido fuerte, sí lo son en un sentido procesual o parcial. E incluso considera que algunas deben ser reconocidas como clases naturales artificiales al modo de un compuesto químico que no se encuentra en la naturaleza pero sí puede sintetizarse en el laboratorio. Uno de los ejemplos que propone como una clase natural de trastorno mental es el trastorno de Huntington¹⁸: en todos los casos y en iguales propiedades subyacentes, el gen defectuoso produce síntomas característicos. Desde su punto de vista, también podrían ser considerados clases naturales todos aquellos casos que conllevan algunos desequilibrios concretos de neurotransmisores¹⁹.

¹⁷ En una serie de publicaciones, I. Hacking (1986, 1988, 1992, 1995a, 1995b) ha intentado mostrar que los distintos trastornos mentales no pueden ser considerados clases naturales. Sin embargo, al leer su libro *¿La construcción social de qué?* (2001), parece que Hacking ha modificado en algo su opinión. En esta publicación admite la posibilidad de que algunos desórdenes mentales podrían ser clases naturales. Pero aún así, no da razones contundentes para rechazar de plano su antiguo argumento.

¹⁸ Ver https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_de_Huntington. Cooper (2007, 63) elige este ejemplo como categoría psiquiátrica que resulta ser una clase natural, pero hay que tener en cuenta que en primera instancia la enfermedad se considera neurológica, no psíquica. Es cierto que la enfermedad produce alteraciones psíquicas y de hecho su clasificación en CIE-10 (F02.2 refiere a Demencia de la enfermedad de Huntington) y en el DSM-IV-TR se especifica en la categoría F02 Demencia debida a otras enfermedades médicas. Por lo que tal vez éste no sea el mejor ejemplo para mostrar que algunas categorías del DSM sí son clases naturales. En el DSM-5 (2014) se especifica, al principio del manual, la siguiente nota aclaratoria: “Nota para todos los trastornos mentales debidos a otra afección médica: Indicar el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental debido a [la afección médica]. El código y el nombre de la otra afección médica se indicarán en primer lugar inmediatamente antes del trastorno mental debido a la afección médica”.

¹⁹ “Several theorists have defended a view of psychiatric disorders as natural kinds. Influential recent philosophical treatments have rejected the idea that mental disorders have essences, but have defended the idea that mental disorder are natural kinds in Boyd’s sense of homeostatic property clusters (Beebe and Sabbarton-Leary 2010; Kendler et al. 2010; Parnas et al. 2010; Samuels 2009, Zachar 2014), in which properties occur together often enough, and reliably enough, to support ampliative inferences, even if the mechanisms responsible for the kind do not make every member of it the same as every other member. When inductive reasoning works, thinks Boyd, it works because we have latched onto these underlying causal mechanisms that bring about the clustering. Successful inductions track the observable manifestations of the causal mechanisms responsible for the characteristics of the kind. The mechanisms, we might say, leave an identifiable causal signature in the world.” Murphy (2015).

Hay casos en los que los grupos diagnósticos de trastornos no comparten ninguna característica teóricamente significativa y no deben constituir clases naturales. El ejemplo más claro de ello es el codificado en el DSM como “trastorno psicótico no especificado”²⁰, incluido en el grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Cooper está convencida de que futuras investigaciones mostrarán que algunos diagnósticos fuertemente arraigados terminarán siendo eliminados del grupo de clases naturales, como es previsible que ocurra con la esquizofrenia, por ejemplo²¹.

Evidentemente, decir que algunos trastornos mentales son clases naturales no implica que la gente que los sufre no pueda ser ayudada, aclara. La razón principal por la que es importante establecer esta relación es que, si algunos trastornos mentales son clases naturales, entonces podremos tener esperanzas para las explicaciones basadas en la historia natural y en las predicciones en psiquiatría. Saber que algunos trastornos mentales son clases naturales nos podrá dar más control sobre ellos. En particular, puede esperarse que los tratamientos convenientes para una de las clases lo sean también para todos los trastornos de la misma clase.

Sin embargo, aunque el DSM asume tácitamente algunos correlatos biológicos de enfermedades mentales²², no esperemos que sea precisamente el propio manual el que nos diga cuáles de los casi setecientos trastornos clasificados en su cuerpo son realmente clases naturales y cuáles no. Básicamente porque esa clasificación está cargada de teoría²³, y el DSM sólo puede ser tan bueno y tan válido en tanto lo sea la actual teoría psiquiátrica.

²⁰ En *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2014, 11), Cooper considera este tipo de trastornos codificados como diagnósticos “rag-bag”: “When a diagnosis is removed, or criteria are tightened, it is still technically possible for patients who would previously have received the diagnosis to be given one of the rag-bag “other” disorder codes. This said, often the bureaucratic systems under which clinical care operates make the use of “other” codes problematic or pointless. For example, often the main aim of diagnosis is to justify funding for treatment, but many funders will query “other” codes.

²¹ Para comprender mejor la polémica sobre la esquizofrenia, Cooper (2007, 174) remite a los autores de cinco artículos de la revista *Schizophrenia Research* 17 (1995) que son partidarios de considerarla como trastorno heterogéneo.

Ver también Esquizofrenia. (2016, 23 de agosto). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: agosto 25, 2016 desde <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Esquizofrenia&oldid=93139660>.

²² De hecho, *The Sourcebook* (Widiger, Frances, Pincus et al., 1994, 1996, 1997) revela que los estudios hechos por el comité del DSM-IV tiene fundamentalmente orientación biológica. Sin embargo, en opinión de Hyman (2010), la correlación biológica de los trastornos mentales no es infalible.

²³ Cooper (2004) analiza la idea común de que la observación está cargada de teoría en tres sentidos y llega a las siguientes conclusiones: a) respecto a la percepción, confirma que no se puede afirmar taxativamente que nuestras percepciones estén cargadas de teoría. Esta cuestión sigue siendo un tema por resolver; b) respecto a la carga teórica del lenguaje y, por tanto, de la literatura, concluye que no es

Además de la carga teórica, el DSM sufre presiones en su utilización práctica (ya lo veremos más adelante) por parte de las aseguradoras médicas y también de los profesionales que trabajan con él. Por consiguiente, las categorías del DSM no reflejan lo que se supone que es la verdadera estructura del dominio de los trastornos mentales, como se comprobará previsiblemente en un futuro próximo –advierte Cooper.

2.2. Estrategias de trabajo en salud mental

Respecto a las diferentes metodologías utilizadas por los especialistas en salud mental, Cooper (2007, 100-101) afirma que las “psico-ciencias”²⁴, y en particular la psiquiatría, son ejemplos genuinos de ciencias en las que la existencia de múltiples paradigmas dentro de una subdisciplina es la norma. La psiquiatría ofrece un caso especialmente interesante para contrastar las tesis de Kuhn sobre la inconmensurabilidad de paradigmas, porque está demostrado que las distintas escuelas de pensamiento en conflicto coexisten en la teoría y en la práctica. De modo que, aunque la comunicación entre paradigmas en las psico-ciencias sea problemática, es posible.

En psiquiatría, la doble labor que llevan a cabo los psiquiatras (por un lado, la diagnosis y la psicofarmacología y, por otro lado, la psicoterapia dinámica) les enseña a escuchar y comprender en diferentes perspectivas²⁵. Los psiquiatras con orientación biológica, por ejemplo, distinguen inmediatamente a un paciente con esquizofrenia de uno que tiene ansiedad. Las preguntas principales que se hacen tienen que ver con los neurotransmisores y los componentes genéticos del trastorno y parten de los estudios empíricos doble-ciego para establecer sus tratamientos. Los psicoanalistas, en cambio, están interesados en la historias de vida de los pacientes, de modo que

necesario que la comunicación esté libre de teoría, sino simplemente que se mantenga neutral respecto a las teorías en debate. De hecho, el DSM-III se equivocó cuando calificó su sistema de clasificación como “ateórico”, aunque podría ser posible que el manual fuese neutral; y finalmente c) respecto a la carga teórica del enfoque científico, aunque los analistas de racimo -método de cribado común en medicina- defienden que este sistema multivariable puede obtener con éxito un sistema de clasificación ateórico (Sokal & Sneath, 1963: 114), Cooper asegura que esto no es cierto, ya que el problema real consiste en que el conocimiento de la estructura natural del dominio requeriría un conocimiento previo de las verdaderas similitudes y diferencias entre las diversas propiedades de las entidades del dominio. Sólo si las variables analizadas miden propiedades auténticas, los racimos obtenidos reflejarán la estructura natural del dominio.

²⁴ “that is, psychiatry, psychology, psychoanalysis and allied disciplines” (2007, 88).

²⁵ Cooper remite a T. Luhrmann (2000, 22).

valoran más el estudio de los casos que los experimentos. Ambos enfoques profesionales son un ejemplo claro de la distinción de paradigmas kuhniana. Pero estos no son los únicos paradigmas en las psico-ciencias. Los enfoques social, conductual y cognitivo también coexisten con los anteriores.

Hay quien considera que todas estas perspectivas no pueden considerarse diferentes paradigmas porque comparten el mismo objetivo, sin embargo Cooper (*Ibid.*, 89) argumenta que para que pueda considerarse que comparten paradigma deben ver el mundo desde el mismo punto de vista, deben creer que las mismas cuestiones son importantes y deben llevar el mismo estilo de investigación, y esto no ocurre.

Para Cooper (*Ibid.*, 94-95) el DSM es un ejemplo claro de lenguaje de contacto (*contact language*) que permite la comunicación interparadigmática. El manual es utilizado por muchos profesionales como un corrector de sus propios conocimientos y de sus creencias, sobre todo a la hora de emitir un diagnóstico y de decidir sobre los tratamientos. Es obvio que, en muchos contextos, un psicoanalista y un psiquiatra con orientación biológica entienden de forma muy diferente el concepto ‘ansiedad’, pero en el contexto de una conversación-DSM ambos saben que sólo un significado concreto entra en juego²⁶. El límite del DSM radica en que sólo facilita la coordinación de acción pero deja fuera de la discusión las razones de discrepancia teórica²⁷.

Por lo tanto, si un profesional quiere decidir sobre qué teoría es más adecuada, lo mejor es optar por el entrenamiento multidisciplinar. Esto le habilitará para intercambiar ideas entre paradigmas, desarrollando capacidades similares a la persona bilingüe. Sin embargo, puede que no logre entrenarle en la correcta integración de los enfoques.

La idea de comunicación interparadigmática que defiende Cooper está tomada inicialmente de la obra *Image and Logic: A Material Culture of Microphysics*,

²⁶ De hecho, según un estudio realizado entre psicólogos clínicos y terapeutas en Estados Unidos, aunque sólo el 17% consideraba que el DSM era un sistema de clasificación satisfactorio, el 90,6% de ellos lo utilizaba y el 86,1% aseguraba que lo hacía para que los seguros médicos reembolsaran los tratamientos (ya que las aseguradoras exigían un diagnóstico DSM para hacerlo). Esto indica, a juicio de Cooper, que probablemente se avanzará en lenguajes de contacto cuando la presión externa fuerce a los diferentes grupos de profesionales a comunicarse

²⁷ Además, según Murphy (2015), “The DSM classification has been designed (DSM-IV-TR, xxiii) to improve communication between psychiatrists and across disciplines and provide a basis for education. But it is not advertised as the jumping-off point for a mature system of causally organised classification and practice. *This reflects a minimal interpretation of the medical model; it can guide empirical research but not uncover causal structure.*” La cursiva es mía.

del historiador de la ciencia y físico Peter Galison (1997), y ampliada posteriormente con la noción del entrenamiento en diferentes paradigmas que muestra la antropóloga de la psicología Tanya Luhrmann (2000) en *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry*.

La dificultad de la traducción bilingüe es una idea normalmente asociada con Quine (1960)²⁸. Aunque, como advierte J. C. Armero, “una cosa es el bilingüismo y otra distinta la posibilidad de traducir”. En su artículo de 1997, *Los argumentos lingüísticos de Kuhn*, Armero analiza precisamente esta polémica entre Kuhn y Quine respecto a la dificultad de la traducción, concluyendo que, cuando el nativo conoce algo que el traductor desconoce, “la única solución para el traductor es incorporar ese nuevo conocimiento, si lo averigua, junto con, eventualmente, un nuevo vocabulario. En ocasiones deberá además renunciar a parte de su propio vocabulario.”²⁹.

Sin embargo, para el caso que nos ocupa, Cooper sugiere que la posición del hablante bilingüe es similar a la del profesional de salud mental entrenado en múltiples paradigmas. El problema no surge en la traducción, sino en la integración de los diferentes paradigmas: “multi-paradigm training can enable one to know what an analyst would think, and what a psychopharmacologist would think, but it does not enable one to integrate the two approaches to work out which is the better” (2007, 96).

En su opinión, estas posibles deficiencias se podrían subsanar en la práctica clínica gracias al contacto directo con el paciente y a las reuniones para analizar los casos, en las que deberán interactuar diferentes profesionales con distintas

²⁸ Anota Cooper (2007, 176) que, “Those who are familiar with Quine’s work can note that the problems associated with translating between Quine’s conceptual schemes are importantly different from the problems associated with translating between Kuhnian paradigms. Quine thinks that there are multiple translations between conceptual schemes, while Kuhn thinks there is no way to translate between paradigms”.

²⁹ “Es decir, *la solución es modificar su lenguaje*. (...) [Kuhn] distingue entre traducción e interpretación [para el caso de que el nativo se equivoque y aparezcan huecos en blanco en la traducción]. La solución pasaría por aclarar nuestras hipótesis analíticas o modificaciones del lenguaje en notas del traductor, que “deben ser consideradas virtuales.” (1997, 136) Lo cierto, como reconoce Armero, es que “el lenguaje ordinario es relativamente difícil de individualizar [no sólo para Kuhn], y no está claro si sus extensiones son auténticas o no, como no está claro que muchos de los términos que contiene sean tomados como referenciales o no. Las modificaciones del lenguaje son necesarias en lo que Kuhn llama “interpretaciones”, que distingue de las traducciones o simples versiones del texto, sin aparato de notas.” (*Ibid.*, 137). Ahora bien, tanto el historiador de la ciencia como el científico deberán “distinguir si las modificaciones de su lenguaje son virtuales o sinceras. Pueden llevar a borrar la diferencia el uso de la cita indirecta y el principio de la caridad mal entendida, remedio excesivo contra la máxima de que la caridad empieza por uno mismo.” (*Ibid.*). La cursiva es mía.

perspectivas que tratan al mismo paciente: psicoanalistas, psicólogos, médicos psiquiatras y enfermeros, por ejemplo.

Estoy absolutamente de acuerdo con esta propuesta, aunque considero que sería conveniente que a las referidas reuniones de equipo asistieran en ocasiones también otros especialistas que traten otras patologías del paciente (como endocrinos o reumatólogos, por ejemplo), su médico de atención primaria y el trabajador social que lleve su caso. De este modo se estaría facilitando la difusión de toda la información generada sobre el paciente entre los distintos profesionales de la salud que lo tratan, permitiendo abordar de forma integral su tratamiento.

Desde mi punto de vista, Cooper tiene razón al plantear que la práctica psiquiátrica es un ejemplo claro de cómo la hipótesis de la inconmensurabilidad de paradigmas kuhniana puede quedar en entredicho, a pesar de la dificultad práctica aparente en la integración de los diferentes enfoques. Por lo que queda mucha labor por hacer para lograr la comunicación plena entre paradigmas gracias a las citadas reuniones de equipo y el esfuerzo consiguiente por desarrollar lenguajes de contacto. Pero la psiquiatría no es el único campo de conocimiento que muestra que la comunicación interparadigmática es posible. Las ciencias del cerebro están permitiendo una mejor comunicación entre las ciencias clásicas y las humanidades, dando lugar a nuevas subdisciplinas (como la neurofilosofía, la neuroética, la neuroeducación o la neuroeconomía) que muestran cómo la comunicación entre paradigmas históricamente enfrentados no solo es posible sino que además es deseable³⁰. En esta dirección apuntan, tanto la teoría del conocimiento unificado de Churchland y Sejnowsky (1992) -mediante su hipótesis de niveles, puentes y emergencia-, como la teoría del materialismo ilustrado que defiende Evers (2010) -con su concepto de principios-puente que unan diferentes niveles de explicación y diferentes tipos de conocimiento, y que se expondrá en la última parte del trabajo³¹.

³⁰ Hay quien opina que la neurocultura (Mora 2007; Rolls 2012) está dando lugar a una nueva manera de pensar, que está revolucionando el conocimiento. Pero tampoco faltan los críticos, que acusan a este nuevo paradigma de “cerebrocentrismo” inducido por la moda y la ideología (Robles y Caballero 2013). Nos resulta una polémica interesante, pero no podemos analizarla en el marco de este trabajo.

³¹ Modestamente, en algunos de mis trabajos de investigación también he intentado hacer esfuerzos en este sentido. Fleitas Morales (2014). *Budismo y ciencia. Aspectos comparativos en el tratamiento del espacio y el tiempo*.

En cuanto a la relación entre teorías, la psiquiatría utiliza explicaciones y predicciones de un único fenómeno acudiendo a teorías que están en diferente nivel. Por ejemplo, la depresión se explica en términos neuroquímicos, subconscientes, personales, familiares, sociales y ecológicos. Ahora bien, ¿qué sucede con la cuestión de la reducción?

Cooper (2007, 102-125) distingue tres variedades diferentes de reduccionismo: el metafísico, el epistémico y el metodológico, aunque en el caso de la psiquiatría el reduccionismo metafísico y el reduccionismo epistémico están íntimamente relacionados. Para tratar de averiguar qué teorías tienen mejor encaje en las psico-ciencias analiza los siguientes enfoques: dualismo³², teoría de la identidad, funcionalismo, materialismo eliminativo y monismo anómalo. Trataremos de resumir sus conclusiones para luego aportar nuestro particular punto de vista.

En el sentido metafísico, el dualismo es compatible con todas las evidencias neurocientíficas y con el hecho de que la medicación psicoactiva puede provocar cambios en los estados mentales. Alguien puede adoptar el dualismo sin causar ningún problema a la investigación psiquiátrica, afirma Cooper. Además, las evidencias neurocientíficas no muestran que el dualismo sea falso³³. Por supuesto, desde posicionamientos dualistas el reduccionismo epistémico no sería posible, porque para un dualista lo mental va más allá de lo puramente físico, y además los estados mentales tienen propiedades que no pueden ser aprehendidas por la teoría física.

Para los teóricos de la identidad, la mente es el cerebro. Si esto es correcto, las teorías psicológicas pueden ser reducidas a teorías neurológicas. El reduccionismo epistémico es posible. Desde esta perspectiva es fácil entender por qué alterando la química del cerebro mediante las drogas cambian los estados mentales. Pero Cooper argumenta que, en tanto que parece mostrado que los estados mentales pueden ser explicados mediante un modelo cognitivo-computacional de realizabilidad

³² Y las principales ideas confusas planteadas en la literatura psiquiátrica respecto al mismo, esto es: 1) la investigación psiquiátrica ha mostrado que el dualismo es falso; 2) el dualismo es necesario para sostener la creencia en la vida después de la muerte; y 3) el dualismo es necesario para el libre albedrío.

³³ Tampoco Cooper cree que alguien necesite ser dualista para creer en la vida después de la muerte. Respecto a la cuestión del libre albedrío, considera que adoptar el enfoque dualista tampoco nos ayudará a resolver este controvertido problema. Pero estas cuestiones no van a ser discutidas en el marco de este trabajo.

múltiple³⁴, la teoría de la identidad mente-cerebro es considerada a menudo insostenible³⁵.

Los funcionalistas, que se apoyan precisamente en la tesis de la realizabilidad múltiple, cuestionan el reduccionismo epistémico. El filósofo y psicolingüista J. Fodor³⁶, por ejemplo, argumenta que no es posible reducir teorías que describen y explican el comportamiento de tipos definidos funcionalmente. Además, para un funcionalista la mente existe, dado que existen los estados mentales, aunque no sea importante saber de qué está compuesta. Se podría ser funcionalista y materialista, a pesar de que el funcionalismo en sí mismo no forma parte de la teoría materialista puesto que no establece ninguna afirmación acerca de la sustancialidad de las mentes. Pero también se puede ser funcionalista y dualista, argumentando que la mente consiste en una especie de sustancia inmaterial –como “el alma”– convenientemente organizada³⁷. De hecho, el funcionalismo –asociado al conductismo– fue la hipótesis dominante sobre los estados mentales durante las últimas décadas del siglo pasado. Pero plantea algunos problemas irresolubles (en los que no podemos detenernos ahora) como

³⁴ “Multiple realizability implied that *any* low-level explanation of higher-level mental phenomena would be insufficiently abstract and general.” Ver https://en.wikipedia.org/wiki/Multiple_realizability.

³⁵ “At present, nonreductive physicalism (probably) is still the dominant position in Anglo-American philosophy of mind. Its proponents continue to appeal to the standard multiple realizability argument (see section 1 above) to challenge all versions of psychophysical reductionism and identity theory. However, the recent challenges over the past decade have attracted some notice. Versions of type-identity theory and reductive physicalism have made comebacks (Gozzano and Hill, 2012). Perhaps the nonidentity of mental content properties with any physical properties is no longer “practically received wisdom,” as Ernest LePore and Barry Loewer called it more than two decades ago? [...] “So the renewed critical interest in multiple realizability, begun more than a decade ago, continues to the present day. The assumption that multiple realizability “seals the deal” against reductive physicalism and the type identity theory of mind was misplaced initially, and is now even more misplaced after the second wave of recent criticisms.”

Pero para comprender mejor el debate y poder adoptar una posición más sólida, sería interesante analizar en profundidad los epígrafes 2.6 Reduction and Identity Theory Reconceived y 2.7 Lower Level Reductive Unity de la entrada “Múltiple Realizability”.

Bickle, John, "Multiple Realizability", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2016 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <http://plato.stanford.edu/archives/spr2016/entries/multiple-realizability/>.

³⁶ Fodor, J. (1974). “Special Sciences (or The Disunity of Science as a Working Hypothesis)”. *Synthese* 28: 97-115, citado en Cooper (2007, 110).

“According to Fodor, multiple realizability was not just something that occurred *across physical structure-types* but was a phenomenon that could occur even within the same token system (such as an organism). At different times, the same organism may realize type-identical mental kinds in physically different forms. (This thesis was later given some empirical support with the discovery of the relative plasticity of the human brain).” https://en.wikipedia.org/wiki/Multiple_realizability.

³⁷ Cooper (*Ibid.*, 109). Sin embargo, el funcionalismo fue desarrollado supuestamente para superar ciertos errores del dualismo y del reduccionismo.

teoría de la mente³⁸. Por ello también ha sido cuestionado últimamente, volviendo a resurgir el interés por la teoría de la identidad psicofísica³⁹.

Para el materialismo eliminativo, en cambio, los estados mentales no existen. Por este motivo los teóricos de la identidad pueden ser considerados materialistas pero no eliminativistas. El eliminativismo afirma que todo aquello que se dice sobre las mentes y los estados mentales es un sinsentido. Por tanto, nuestra teoría del sentido común según la cual los humanos tienen deseos y creencias debe ser eliminada porque es demasiado inapropiada para ser reducida a la neurociencia o a cualquier otra explicación científica respetable sobre la mente. Si esta teoría aporta la explicación correcta sobre la mente entonces todo aquello que habla de los estados mentales debe ser abandonado finalmente. Según Cooper (*Ibid.*, 114), adoptar este enfoque exige cambios radicales, no sólo en nuestra forma ordinaria de pensamiento sino también en la teoría psiquiátrica y en la práctica clínica, por lo que es difícil

³⁸ Ver Cooper (*Ibid.*, 109-112).

“Jaegwon Kim has recently argued against non-reductive physicalism on the grounds that it violates the causal closure of the physical. Roughly, the idea is that physics provides a full explanation of physical events. If mental properties are causally efficacious, they must either be identical to physical properties, or there must be widespread overdetermination. The latter is often held to be either unlikely or even impossible on conceptual grounds. If this is right, then the options seem to be either reduction or elimination.” En https://en.wikipedia.org/wiki/Multiple_realizability.

Cooper remite también a Kim, J. (1993). *Supervenience and Mind*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 309-335.

³⁹ “More recently, however, there has been a resurgence of interest in the psycho-physical (type-) identity thesis, fuelled in part by the contention that, in the actual practice of neuroscience, neural states are type-individuated more coarsely than early identity theorists such as Place, Feigl, and Smart assumed. [...] In the last part of the 20th century, functionalism stood as the dominant theory of mental states. Like behaviorism, functionalism takes mental states out of the realm of the “private” or subjective, and gives them status as entities open to scientific investigation. But, in contrast to behaviorism, functionalism's characterization of mental states in terms of their roles in the production of behavior grants them the causal efficacy that common sense takes them to have. And in permitting mental states to be multiply realized, functionalism seems to offer an account of mental states that is compatible with materialism, without limiting the class of those with minds to creatures with brains like ours. [...]”

In general, the sophistication of functionalist theories has increased since their introduction, but so has the sophistication of the objections to functionalism, especially to functionalist accounts of mental causation (section 5.2), introspective knowledge (Section 5.3), and the qualitative character of experiential states (Section 5.5). For those unconvinced of the plausibility of dualism, however, and unwilling to restrict mental states to creatures physically like ourselves, the initial attractions of functionalism remain. The primary challenge for future functionalists, therefore, will be to meet these objections to the doctrine, either by articulating a functionalist theory in increasingly convincing detail, or by showing how the intuitions that fuel these objections can be explained away.”

Ver Levin, Janet, "Functionalism", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2013 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2013/entries/functionalist/>>.

entender que sea una perspectiva atractiva. Tal vez por ello es un enfoque aún marginal en la filosofía de la mente⁴⁰.

El monismo anómalo, por su parte, entiende que la actividad mental es actividad cerebral, pero no está de acuerdo en reducir las leyes psicológicas a leyes físicas. Davidson es un reduccionista metafísico pero no un reduccionista epistémico, por ejemplo.

En opinión de Cooper, con la excepción del materialismo eliminativo, en el nivel teórico todas las perspectivas mencionadas aceptan que la mente es real y que tiene poderes causales. De modo que todos aquellos que se sitúen en estos enfoques admiten que hay trastornos mentales que tienen causas psicológicas. Incluso los teóricos de la identidad. También todos los teóricos reconocen que lo físico es real y que puede afectar a lo mental, incluidos los dualistas. Por tanto, el dualismo, la identidad, el funcionalismo y el monismo anómalo son teorías viables en psiquiatría, aunque planteen dificultades que obliguen a los filósofos de la mente a redefinir dichos enfoques⁴¹. El eliminativismo tiene menos seguidores. A pesar de ello, Cooper sostiene que aquellos proyectos en psiquiatría que apuntan hacia la reducción de teorías psicológicas a teorías de niveles inferiores pueden resultar exitosos.

¿Cómo utilizan los profesionales de la salud mental estas teorías explicativas de la mente? En ocasiones practican un modelo “híbrido” (*Ibid.*, 120). Por ejemplo, un psiquiatra puede ser funcionalista sobre las creencias y deseos, teórico de la identidad sobre las emociones y eliminativista sobre las intuiciones y el libre albedrío.

Finalmente, para Cooper el reduccionismo metodológico es una estrategia razonable. Solo hay que evitar las malas explicaciones reduccionistas. Las buenas explicaciones reduccionistas pueden guiarnos en intervenciones eficientes. No

⁴⁰ “As Jerry Fodor puts it, “if commonsense psychology were to collapse, that would be, beyond comparison, the greatest intellectual catastrophe in the history of our species ...” (1987, p. xii). [...] One virtue of eliminative materialism is that it liberates our theorizing from this restrictive perspective. Thus, the relationship between eliminative materialism and science may be more reciprocal than many have assumed. While it is true that eliminative materialism depends upon the development of a radical scientific theory of the mind, radical theorizing about the mind may itself rest upon our taking seriously the possibility that our common sense perspective may be profoundly mistaken.”

Ver Ramsey, William, "Eliminative Materialism", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2013 Edition), Edward N. Zalta (ed.),

URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/sum2013/entries/materialism-eliminative/>>.

⁴¹ Cooper (2007, 109-112; 114-120), por ejemplo, pone en cuestión algunas tesis de Fodor y de Davidson sobre la imposibilidad de reducir estados psicológicos, argumentando que muchos de esos estados sí pueden ser reducidos a teorías científicas en un nivel más básico.

hay nada erróneo en buscar explicaciones reduccionistas, aunque debamos ser cautelosos con ellas, sobre todo si los fenómenos no se logran explicar tan adecuadamente como con explicaciones de alto nivel.

Aunque en líneas generales comparto los argumentos de Cooper, no estoy de acuerdo con que la posición de un profesional en una perspectiva dualista no resulte negativo para la investigación. Situarse en ese enfoque puede ayudar al psiquiatra a entender mejor la problemática de pacientes dualistas y a establecer unas líneas de actuación psicoterapéuticas más eficientes para esos casos. Sin embargo, opino que la investigación científica en psiquiatría, siempre que sea posible, debe partir de posicionamientos reduccionistas, tanto en un sentido metodológico como ontológico.

Asimismo, me parece de lo más razonable que los profesionales de la salud mental pongan en práctica un modelo híbrido para tratar de encontrar la mejor explicación de los trastornos y poder establecer, con la mayor precisión posible, diagnósticos y tratamientos (tanto farmacológicos como psicoterapéuticos).

En cambio, desde el enfoque de la filosofía práctica y desde la posición del paciente pienso que es aconsejable situarse en aquella teoría de la mente que tenga el mejor encaje en psiquiatría desde el punto de vista del reduccionismo epistémico. Esa teoría podría ser el materialismo eliminativo⁴² aunque efectivamente, como apunta Cooper, ello exija un adiestramiento de radicalidad profunda en nuestra manera de pensar que va a necesitar tiempo y esfuerzo. Además, puede resultar un ejercicio tremendamente dificultoso dada la necesaria dosis de objetividad que requiere.

Pero si un paciente, cuyo trastorno no tenga bases neurológicas o que ya haya logrado estabilizar su neuroquímica, logra liberarse de los juegos del lenguaje del pensamiento gracias a un ejercicio de reduccionismo metafísico y epistémico sobre su cerebro, es probable que sus problemas psicológicos se minimicen. Esta es una de las principales hipótesis que defiendo en este trabajo, como veremos más adelante en el caso clínico. Por supuesto, eso no significa en absoluto que sólo vaya a necesitar psicofármacos y no psicoterapia para superar su trastorno. Pero sí puede ocurrir que lo

⁴² Ya advertía Patricia Churchland en la década de 1990 que si la filosofía de la mente evitaba tratar de comprender la actividad neuronal y el propio cerebro, sus resultados serían estériles. (Churchland 1990, 2008) citada en Mora (2005, 8).

que podríamos denominar “tratamiento filosófico” ayude a simplificar la intervención psicológica⁴³.

De hecho, el lenguaje mentalista podría ser útil temporalmente como un tipo de lenguaje de contacto (una especie de dialecto simplificado) para facilitar la comunicación interparadigmática entre distintas disciplinas (psiquiatría, antropología médica, psicología cognitiva, trabajo social, etc.) durante la práctica clínica, y entre los profesionales y la gente corriente, hasta que las neurociencias logren proporcionarnos un cuerpo completo de nuevos conceptos que permita la explicación y la predicción de cada conducta, y también expresar nuestro propio mundo interior, como cree Paul Churchland (1981, 73)⁴⁴ que ocurrirá. Aunque, desde su punto de vista, la psicología popular debería ser rechazada. Al fin y al cabo, es una pseudo-teoría que no ha progresado desde los tiempos de la antigua Grecia. De modo que si en nuestro ejercicio filosófico adoptamos la estrategia reduccionista y el enfoque eliminativista, es necesario que también nos liberemos de los juegos del lenguaje mentalista y que conozcamos los mecanismos cerebrales de las emociones, los deseos y las creencias.

⁴³ Como anota el profesor Armero, esta idea no es original, al menos en el sentido de un “tratamiento filosófico”, ya que “algunos filósofos analíticos pensaban precisamente que la filosofía tiene la función de resolver *calambres* intelectuales”. Su pista nos ha llevado, de momento, a Wittgenstein.

“Most of Part I of PI [*Philosophical Investigations*] is essentially critical. Its new insights can be understood as primarily exposing fallacies in the traditional way of thinking about language, truth, thought, intentionality, and, perhaps mainly, philosophy. *In this sense, it is conceived of as a therapeutic work, viewing philosophy itself as therapy.* (Part II (PPF), focusing on philosophical psychology, perception etc., was not as critical. Rather, it pointed to new perspectives (which, undoubtedly, are not disconnected from the earlier critique) in addressing specific philosophical issues. It is, therefore, more easily read alongside Wittgenstein’s other writings of the later period.)” Ver Biletzki, Anat and Matar, Anat, "Ludwig Wittgenstein", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2016 Edition), Edward N. Zalta (ed.), forthcoming URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2016/entries/wittgenstein/>>. La cursiva es mía.

Según exponen Fann & Beltrán (2003, 128) en *El concepto de filosofía en Wittgenstein, Investigaciones Filosóficas* debe ser entendido como “un libro de historiales clínicos de tratamientos filosóficos”, citado en Rocca, A. V. (2006). El concepto de filosofía y la noción de problema en Wittgenstein. *Nómadas: revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, (13), 19.

“La resolución de los problemas filosóficos es, pues, su disolución; disolución que tiene lugar desatando los nudos de los embrollos del lenguaje que conllevan los usos metafísicos del mismo o (...) retrayendo las palabras de su uso metafísico a su uso cotidiano” [Wittgenstein, *Investigaciones filosóficas*, p.116]. Citado en (*Ibid.*).

La afirmación de Wittgenstein de que los “problemas” filosóficos “no son problemas empíricos” [*Investigaciones filosóficas*, p. 47] nos plantea, sin embargo, un interrogante a resolver en próximas investigaciones.

⁴⁴ Citado en Cooper (2007, 113-114).

2.3. La influencia de valores e intereses en psiquiatría

Muchos psiquiatras tienen un amplio historial de diagnosis considerando patológicos una serie de patrones de conducta simplemente porque entran en conflicto con sus propios valores éticos: homosexualidad, promiscuidad femenina, niños fuera de control. Aunque no podemos discutir estos sesgos ahora, sí es conveniente no perderlos de vista.

Por otro lado, mucha de la investigación psiquiátrica que se está llevando a cabo está financiada por grandes empresas farmacéuticas. En esta problemática sí nos vamos a detener algo más. Nos interesa analizar la relación existente entre el uso práctico del DSM y su validez epistémica, en concreto cómo se ve afectada por la cuestión de la retroalimentación existente entre los seguros médicos, los diagnósticos psiquiátricos y las categorías de trastornos mentales.

Aunque los responsables de las recientes ediciones del DSM afirman no haber estado influenciados por las aseguradoras médicas para introducir cambios –como aseguraba el propio R. Spitzer –, Cooper (2004) defiende que no es cierto ya que, muy al contrario, el DSM ha estado y sigue estando bajo presión para que se incluyan nuevos diagnósticos. Pero también recibe presiones para disimularlos, tanto infravalorándolos (por intereses de las propias aseguradoras o tratando de proteger a los pacientes de la estigmatización), como sobrediagnosticando (con el objetivo de proteger igualmente a los pacientes mediante cobertura sanitaria, en este caso). Aunque este último extremo es cada vez más difícil de llevar a la práctica porque las aseguradoras han diseñado mecanismos para blindarse, haciendo cada vez más difícil obtener cobertura sanitaria para la salud mental. Además, los médicos encargados de revisar la validez de las correlaciones entre diagnóstico y tratamiento son los empleados por las propias compañías de seguros. Estas presiones se tornan en retroalimentación circular autónoma aseguradoras-DSM, sin intermediación de los pacientes o de sus psiquiatras.

Paradójicamente se descubre también que el coste de la atención al paciente está débilmente correlacionado con el diagnóstico. Esto quiere decir que en realidad los diagnósticos sólo se utilizan para establecer cupos: a las aseguradoras les da igual si los diagnosticados son o no enfermos reales, lo que persiguen es que no se sobrepase un determinado número de tratamientos subvencionados. Por lo que esta

retroalimentación categórica no deriva en una correcta diagnosis, resultando indeseable, tanto desde un punto de vista médico como epistémico. Ahora bien, ¿puede ser controlada? Rachel Cooper sugiere que, en tanto en cuanto es un hecho constatable, no hay razón para no introducir medidas de control. De hecho ya en Gran Bretaña los Grupos de Recursos de Salud (versión inglesa de los Grupos de Diagnósticos Relacionados) se están ocupando de ello tratando de reducir al mínimo, por ejemplo, los casos límite entre dos posibles diagnósticos estableciendo criterios más “duros”⁴⁵.

Pero si bien en la práctica clínica se están tomando medidas para evitar esta retroalimentación negativa, en el DSM se produce el efecto contrario: el comité altera deliberadamente el sistema de clasificación siguiendo los dictados de las empresas aseguradoras. En consecuencia, la correspondencia univoca entre los trastornos mentales clasificados y las clases naturales queda en entredicho. Entonces, ¿qué se puede hacer para minimizar los efectos de una investigación psiquiátrica cargada de valores?

Cooper (2007, 142) considera que si tratar de hacer una ciencia libre de valores es una idea imposible, entonces el investigador debe ser consciente de sus valores y ser honesto: sus investigaciones, epistemológicamente hablando, deben ser solidas pero también modestas. Una fórmula adecuada para minimizar los efectos negativos de los valores en la investigación consistiría, por un lado, en contar con un grupo de investigadores que tengan que revisar y ser críticos con las investigaciones de cada uno de ellos. De modo que cada punto de vista diferente ponga el foco en los problemas que se han omitido. Por otro lado, sería bueno contar con un método que fomente el debate, por ejemplo, un sistema que permita publicar con facilidad las objeciones a aquellos que han revisado las cuestiones excluidas de una investigación⁴⁶.

⁴⁵ Un caso controvertido como era la distinción entre depresión psicótica y neurótica, por ejemplo, se solucionó eliminando estas dos calificaciones por los criterios de paciente deprimido con riesgo de autolesión o lesión a otros, y los que no presentan ese riesgo.

⁴⁶ Comprobaremos en el apartado 4 que esta vieja exigencia en filosofía de la ciencia (Nagel 1961; Longino 1990) ya está resultando efectiva.

3. EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM)

En este apartado veremos una síntesis de la historia evolutiva del DSM deteniéndonos en aquellos problemas conceptuales que más nos van a interesar desde el punto de vista filosófico: la propia definición de trastorno mental y la cuestión de la clasificación de los trastornos mentales como categorías naturales, para llevar a cabo, a continuación, una lectura crítica del manual de la mano de dos expertos concedores de su dinámica interna. Se trata de Allen Frances, psiquiatra estadounidense director del equipo redactor del DSM III, presidente del Comité del DSM-IV y uno de los principales críticos del actual DSM-5, y de Steven Hyman, neurobiólogo de la Universidad de Harvard y Director del Stanley Center for Psychiatric Research del MIT y Harvard, un “nosologista rebelde” como se define a sí mismo.

3.1. Repaso por los últimos textos canónicos de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

Según refiere el DSM-IV⁴⁷, 1840 puede ser considerado el año en el que se realiza un primer intento serio de reunir los problemas mentales en torno a una categoría: “idiocia/locura”. En el censo realizado en 1880 se diferenciaron siete categorías, es decir, siete tipos de enfermedades. En 1917 se elaboró una especie de guía estadística que luego serviría para que la APA y la New York Academy of Medicine elaboraran una nomenclatura psiquiátrica aceptable para todo el país que sirvió para diagnosticar a enfermos psiquiátricos y neurológicos graves ingresados en hospitales. Luego fue el ejército de Estados Unidos quien desarrolló una nomenclatura mucho más amplia -modificada por la Veterans Administration- para englobar a los enfermos de la II Guerra Mundial. Al mismo tiempo y claramente influenciado por esta última nomenclatura, la Organización Mundial de la Salud publicaba la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que incluía por primera vez un apartado de trastornos mentales.

⁴⁷ *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1998). Barcelona: Masson S. A. La primera edición original es de 1995.

En el primer compendio de las enfermedades mentales, DSM-I (1952), variante de la CIE-6, la definición de los trastornos mentales como reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos denotaba la influencia de la visión psicobiológica de Adolf Meyer (1866-1950). La definición que adoptó el equipo redactor del DSM-II (1968) fue prácticamente la misma, aunque se eliminó el término ‘reacción’. La confección del DSM-III (1980), aunque se realizó de forma paralela a la elaboración de la CIE-9, introdujo importantes innovaciones metodológicas respecto a este, referente a criterios diagnósticos explícitos y la adopción de un “sistema multiaxial”⁴⁸, además de que su enfoque descriptivo pretendía ser neutral respecto a las teorías etiológicas. Ambas clasificaciones tenían objetivos distintos, la CIE pretendía facilitar la recogida de datos en salud pública y el DSM-III pretendía proporcionar una nomenclatura médica para clínicos e investigadores.

Ciertas “inconsistencias” y la poca claridad de algunos criterios dieron lugar a la revisión del DSM-III publicada en 1987. El DSM-IV (1990) fue producto, por tanto, de la gran cantidad de datos de investigación diagnóstica generada por la práctica clínica siguiendo las directrices del DSM-III y del DSM-III-R. De hecho su comité elaborador y los grupos de trabajo se fijaron una agenda empírica en tres niveles: 1) revisión sistemática de la literatura anterior -para disponer de “información amplia y no sesgada”-; 2) revisión de los datos ya recogidos (estudios epidemiológicos, clínicos o terapéuticos) y 3) estudios de campo⁴⁹. Uno de los objetivos era incluir nuevos diagnósticos para mejorar la cobertura del sistema facilitando el diagnóstico de los casos “no especificados”⁵⁰, pero “sólo después de que la investigación hubiera permitido su inclusión, y no para que su inclusión permitiera la investigación”. Las

⁴⁸ “Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados.” En la clasificación multiaxial del DSM-IV se incluyen cinco ejes: eje I: Trastornos clínicos/Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica; eje II: Trastornos de la personalidad/Retraso mental; eje III: Enfermedades médicas; eje IV: Problemas psicosociales y ambientales; eje V: Evaluación de la actividad global. Además, el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación. (*Ibid.*, 27).

⁴⁹ 12 de los cuales fueron subvencionados por El National Institute of Mental Health (NIMH), el National Institute on Drug Abuse (NIDA) y el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) seleccionando muestras representativas de distintos grupos socioculturales y étnicos para establecer un adecuado diagnóstico diferencial. (*Ibid.*, xix).

⁵⁰ Se aclara que la categoría ‘no especificado’ facilita la cobertura a los numerosos casos límite de las definiciones categóricas específicas. (*Ibid.*, xx).

influencias mutuas y la compatibilidad de códigos entre la CIE-10 y el DSM-IV habían logrado superar las diferencias de las ediciones anteriores de ambos.

Hay dos aspectos de la evolución histórica del DSM sobre los que interesa centrar la atención, como ya se ha dicho: la propia definición de trastorno mental y la cuestión de su clasificación en categorías naturales.

Como sus propios autores reconocen, el término ‘trastorno mental’ arrastra un sesgo dualista anacrónico puesto que el estado actual de la investigación permite afirmar que no hay una distinción fronteriza clara entre los malestares físicos y los mentales. Estudios fisiológicos, neurobiológicos y el propio fenómeno de la somatización, lo corroboran⁵¹. Aún así, mantienen el término porque no hay una definición mejor para el éxito de la diagnosis clínica, la efectividad de los tratamientos y la cobertura sanitaria (aseguradoras privadas en el caso de Estados Unidos). Esta categoría –dicen- ha permitido establecer una frontera clara entre la normalidad y la patología. Ahora bien, cualquiera que sea la causa del trastorno, éste “debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.” De hecho, “ni el comportamiento desviado (por ejemplo, político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción”⁵².

En lo referente al enfoque clasificatorio, los responsables del DSM-IV admiten ciertas limitaciones de la codificación y reconocen que la heterogeneidad individual y de casos obliga a una consideración puramente estadística y no taxativa. Aún así se limitan a afirmar que “la formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico”. La solución que proponen para manejar la heterogeneidad y la cantidad considerable de casos diagnósticos límite es la inclusión de “criterios politéticos”, es decir, aquellos que exigen la presentación sólo de unos pocos de las amplias listas de síntomas establecidas para cada categoría. A pesar

⁵¹ Permitiendo establecer correlaciones causales, para lo cual el DSM-IV ha establecido distintos niveles de valoración diagnóstica dentro del sistema multiaxial. Ver (*Ibid.*, 27- 37 y 171-179).

⁵² A pesar de esta última frase aclaratoria y aunque más adelante el DSM-IV afirma que “una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas”, lo cierto es que hace recaer todo el peso de la prueba sobre la persona, sobre el organismo biológico individual. Además el tratamiento de los datos estadísticos que refuerzan las categorías diagnósticas se realizan en base a una suma de sujetos individuales que sobrepasan los límites establecidos como “normales”. (*Ibid.*, xxi).

de todo, reconocen que hubo voces en el proyecto que apostaban por un modelo de clasificación dimensional frente al heredado modelo categorial, pero se optó finalmente por este último dada su eficiencia para la práctica clínica y para la investigación⁵³.

Una cuestión sobre la que no podemos profundizar en el marco de esta investigación pero que se considera oportuno mencionar es un hecho reconocido ya por el DSM-IV y uno de los temas fundamentales propuestos por las posteriores agendas de investigación para preparar el DSM-5: la valoración sobre consideraciones culturales y de género para la práctica clínica. Un médico que no esté familiarizado con los matices culturales de un individuo puede, de manera incorrecta, diagnosticar como psicopatológicas variaciones normales del comportamiento, de las creencias y de la experiencia del individuo que son habituales en su cultura.

Precisamente en 2004, Kupfer, First & Regier publicaban la *Agenda de investigación para el DSM-V*, en la que incluían un listado de temas para la investigación sobre cultura y diagnóstico psiquiátrico, dadas las “dificultades al aplicar de forma transcultural los criterios DSM”. Estos autores (2004, 1) reconocen que:

Los criterios enumerados en los DSM han sido empleados de manera poco crítica por los profesionales de la medicina legal y los proveedores de asistencia sanitaria, utilizándolos como definiciones sabias y lapidarias sobre la naturaleza de los trastornos mentales. Este uso, de gran impacto pero poco crítico, supone un fracaso en cierta medida, dado que no reconoce la variabilidad del nivel de apoyo empírico sobre fiabilidad y validez de los diferentes diagnósticos. [...] Otra fuente potencial para la mala interpretación del DSM consiste en el grado en que muchas -si no la mayoría- de las enfermedades y síntomas representan excesos patológicos de comportamiento y procesos cognitivos normales definidos de forma más o menos arbitraria. Este problema ha generado críticas en el sentido que este sistema “psiquiatría” experiencias ordinarias de

⁵³ “El sistema dimensional clasifica los casos clínicos basándose en la cuantificación de atributos (más que en la asignación de categorías) y es de mayor utilidad en la descripción de los fenómenos que se distribuyen de manera continua y que no poseen límites definidos. A pesar de que este sistema aumenta la fiabilidad y proporciona mayor información clínica (...) posee serias limitaciones (...) Las descripciones dimensionales numéricas resultan menos familiares y claras que los nombres de las categorías de los trastornos mentales”. Aún así, los responsables del *DSM-IV* dejan abierta la posibilidad de que, en un futuro, cuando se esté más familiarizado con la herramienta de los modelos dimensionales, es probable que estos vayan ganando adeptos en la práctica. (*Ibid.*, xxii).

la condición humana, como por ejemplo el duelo normal o la rebeldía de los adolescentes⁵⁴.

Los responsables de la Agenda plantean también una nueva definición de ‘trastorno mental’ acorde con la filosofía OMS⁵⁵ y que además supere el fracaso en su explicación del término ‘disfunción’ con el objetivo de cribar el sistema clasificatorio, “dada la creciente preocupación pública acerca de lo que a veces es visto como una progresiva medicalización de todos los problemas conductuales o de relación”.

Proponen además probar la sustitución del sistema de diagnóstico categorial por una aproximación dimensional que reconozca “explícitamente la naturaleza continua de los síntomas y los trastornos”, situando en su contexto los casos límite. Sin embargo, las desventajas también parecen obvias: “cuando el paciente puede ser ubicado de manera segura en una categoría más que en un punto de un espacio multidimensional, decidir de forma rápida y apropiada sobre el tratamiento general de pacientes específicos resulta mucho más fácil.” De hecho, los que apuestan por enfoques dimensionales son los teóricos, pero no los clínicos.

Kupfer, First & Regier (2004, 264) concluyen que:

Una perspectiva sistémica supera, pese a algunas limitaciones, la dicotomía mente-cuerpo aceptando al mismo tiempo los componentes biológicos, psicológicos, sociales, religiosos y espirituales de la experiencia humana. Un aspecto crucial de todas estas perspectivas consiste en el hecho de no ignorar la diversidad interna de la mayoría de las comunidades en términos de grupos étnicos y religiosos, ambientes rurales frente a

⁵⁴ Los autores de referencia para aplicar transculturalmente el DSM-V son Kleinman (1980, 1988) y Hinton (1999). La *Agenda* propone validar criterios diagnósticos universales añadiéndoles subcategorías culturales. Además, para evitar los sesgos diagnósticos se propone incluir evaluaciones *emic*. El desprecio a la importancia de los enfoques antropológicos ha sido un grave error de la investigación tradicional. De hecho, según refieren Alarcón (1983) y Hannerz (1992), “la ‘sobrepatalogización’ y la ‘infrapatologización’ de conductas individuales y de grupo son consecuencia de la no consideración del contexto cultural y del significado único de estas conductas.” (*Ibid.*, 228).

⁵⁵ Un grupo de síntomas identificables clínicamente “asociados en la mayoría de casos a malestar y a interferencia con la actividad del individuo” (OMS, 1992, p. 5, según reza en la CIE-10). El trasfondo de este dilema es si los términos ‘enfermedad’, ‘padecimiento’ y ‘trastorno’ son científicos (postura defendida por la mayoría de los médicos) o sobre todo sociopolíticos (argumento de la mayoría de filósofos y sociólogos). Un ejemplo paradigmático de esta controversia es el alcoholismo (*Ibid.*, 2-3). La mecánica prevalente en los últimos cincuenta años ha sido esta: la efectividad parcial de tratamientos es la que ha propiciado el creciente aumento de categorías de trastornos mentales.

urbanos, clase social y otros, todos ellos fuentes de considerable variabilidad de datos clínicos y epidemiológicos.

Regier, Narrow, Kuhl & Kupfer (2012), en *DSM-5. Evolución conceptual*, proponen diagnósticos de los trastornos mentales a la luz de la genética moderna y avanzar en la nomenclatura psiquiátrica aplicando el enfoque del proyecto de espectros⁵⁶, apostando por una combinación sistémica entre éstos y los criterios diagnósticos universales añadiéndoles subcategorías culturales. Esta guía también incluye un análisis de los “metaefectos de la clasificación de trastornos mentales”⁵⁷, como ejercicio de autocrítica marcadamente filosófica. Se refiere a tener en consideración metodológica el modelo triangular que concibe la enfermedad como una realidad con tres dimensiones: *disease/illness/sickness*⁵⁸. Es la psiquiatría la que maneja principalmente este concepto. Si bien otras disciplinas médicas disponen de criterios diagnósticos “duros”, la psiquiatría no cuenta de momento con esa fiabilidad valorativa. Por ello es fácilmente acusada –reconoce N. Sartorius- de medicalizar realidades consustanciales a la vida cotidiana con un interés económico evidente⁵⁹.

Después de este repaso, entendemos que sería deseable contar en psiquiatría con el diseño de cuadros clínicos utilizando sistemas complejos, que incluyan los mecanismos desencadenantes de origen biológico (genéticos, neuroquímicos, inmunológicos y/o neuroanatómicos) y también los factores de riesgo, en los que además de causas biológicas se deben estudiar factores socioculturales (personales, familiares, sociales y antropológicos, en general) y medioambientales, para poder obtener así juicios diagnósticos más acertados. Tenemos un ejemplo gráfico perfecto en las limitaciones que surgen al utilizar un modelo mecánico para el estudio de una enfermedad, por ejemplo, un posible trastorno de conducta (TC) infantil. Para evitar errores diagnósticos, el profesional deberá abordar el estudio de distintos mecanismos subyacentes a la conducta: genéticos, neuroquímicos, neuroendocrinos, inmunológicos y neuroanatómicos, por ejemplo; pero también deberá estudiar en igual

⁵⁶ “El Proyecto de Espectros conceptualiza la psicopatología como un continuo con la normalidad y adopta un enfoque continuo o dimensional para la medición de las categorías tradicionales del DSM-IV”. Regier, Narrow, Kuhl & Kupfer (2012, 51).

⁵⁷ (*Ibid.*, 55-57).

⁵⁸ Ver también Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ*, 324(7352), 1470-1471. Para comprender mejor la idea del modelo triangular, ver Casado & Saborido (2010, 283).

⁵⁹ Regier, Narrow, Kuhl & Kupfer (2012, 61).

medida la historia de vida del paciente: los factores familiares y los factores socioculturales, el contexto humano y ecológico en el que se ha desarrollado el infante. Además, es preciso tener en cuenta la más que probable retroalimentación entre los factores biomédicos individuales y la biografía social del menor⁶⁰.

Con una oscura y sórdida historia de métodos inhumanos y manipulación política, se sigue poniendo en tela de juicio la objetividad y la utilidad médica real de la psiquiatría. Incluso muchos profesionales se han manifestado a favor de reducir el catálogo de trastornos en la medida en que la ciencia va demostrando una etiología biológica. En definitiva, la propia práctica psiquiátrica parece estar siendo neutralizada por su manual de cabecera.

Los psiquiatras, en buena medida partidarios de agilizar la práctica clínica, entienden incluso que una clasificación dimensional podría facilitar las cosas y además reduciría considerablemente la estigmatización del paciente psiquiátrico. La solución oficial pasa por mantener una clasificación “privada” (versión para la investigación) y una clasificación “pública internacional” (simple, fácil de recordar, libre de sesgos o manipulaciones valorativas y apta tanto para la clínica como para la docencia).

Aunque tiene sentido que los profesionales exijan contar con un manual mucho más reducido basado en una clasificación dimensional para la práctica clínica, parece coherente la revisión de la clasificación de abajo hacia arriba propuesta por Hyman (2007, 2010), que veremos a continuación.

3.2. Steven Hyman: el problema de la reificación en el DSM⁶¹

S. Hyman, miembro de la comisión encargada de la revisión del DSM-IV y la CIE-10, fue director del Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense (NIMH) entre 1996 y 2001, época en la que se percató de que el DSM-III-R y su sucesor, el DSM-IV, ejercieron una enorme influencia, tanto positiva como negativa, en la investigación financiada por el Instituto.

⁶⁰ Para entender las dificultades de la diagnosis en psiquiatría infantil ver Mardomingo (2002).

⁶¹ Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology*, 6, 155-179. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532.

Aunque estaba pensado para ser una plataforma crítica para la investigación, desde su punto de vista el DSM-IV también resultó ser una “prisión epistémica” que impedía el progreso científico: sus diagnósticos controlaban las preguntas que la investigación debía hacer. Todas las solicitudes de subvención estaban condicionadas por dichos criterios⁶² y también las agencias reguladoras, como la FDA (*Food and Drug Administration*), los asumían como indicativos para la aprobación de nuevos tratamientos al considerar que eran producto del consenso científico. En definitiva, los rígidos criterios operacionales del DSM-IV definieron los objetivos de la investigación científica a pesar de aportar una visión trucada de la naturaleza (Hyman 2007)⁶³. Diferentes estudios genéticos, estudios de imágenes y ensayos clínicos han ido revelando los efectos problemáticos de esta reificación de los diagnósticos.

Decía Hyman en 2010 que aquel era el momento adecuado para reflexionar sobre estas cuestiones, cuando precisamente tanto el DSM-5 como la CIE-11 estaban siendo revisados para su publicación. En esta valoración hay que reconocer, sin duda, que la clasificación y la nomenclatura de las anteriores generaciones de ambos manuales han resultado -como defienden sus autores- extremadamente útiles para la práctica clínica y la investigación. Pero el principal problema ocasionado es que los trastornos se han cosificado como si fueran clases naturales, entidades reales que existen independientemente de cualquier particular (Kendell & Jablensky 2003). Si no se revisa la literatura –advertía Hyman- parece evidente que se seguirá heredando la problemática del *statu quo*, y permanecer prisioneros cognitivos de un excesivo y rígido sistema categórico basado sólo en la fenomenología parece insostenible científicamente⁶⁴.

⁶² En concreto, algunos grupos de investigación habían sido financiados para recoger sólo datos de fenotipo suficientes para diagnosticar trastornos del DSM-III-R o DSM-IV, como si se tratara de clases naturales que tenían un “sitio” en el mapa del genoma humano.

⁶³ Hyman, S. E. (2007). Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nature Reviews Neuroscience*, 8 (9), 725-732.

⁶⁴ Por eso consideraba buena señal el hecho de que el NIMH estuviera desarrollando nuevas formas de clasificar los trastornos mentales con fines de investigación, los llamados “RDoC” (*Research Domain Criteria*), con la intención de incorporar a los ensayos clínicos datos de la genética, la psicología y la neurobiología animal y humana.

Según lo explica Murphy (2015), “A judgment that the DSM-5 categories have insufficient validity has led the National Institute of Mental Health to introduce the Research Domain Criteria (RDoC) in grant proposals (Insel et al. 2010). The originators of the RDoC acknowledge that the system entrenched by previous versions of the DSM has increased diagnostic reliability. But they worry that it is too detached from the nature of mental illness, which they conceive of as disorders of brain circuits: though the domains of inquiry themselves are to be identified in psychological terms. For example, rather than existing categories such as depression, the RDoC envisages a domain of negative valence which will include symptoms of anxiety or depression that might come to be seen as expressions of an underlying

En resumen, Hyman concluye: i) que tanto el DSM -III como el DSM -IV establecen arbitrariamente cada trastorno como una categoría discontinua (de la normalidad y del resto de trastornos) y evitan utilizar enfoques cuantitativos o dimensionales en las descripciones de cada categoría; ii) que el DSM –III diversificó los grandes grupos de trastornos en un gran número de patologías que han terminado reificándose; iii) el alto grado de comorbilidad de personas diagnosticadas por el DSM-IV es una clara evidencia de que esa división ha sido excesiva y científicamente prematura; iv) otra de las consecuencias negativas del enfoque categórico y de su sobrevaloración rígida es que, dada la heterogeneidad de psicopatologías, existe un gran número de personas que al no cumplir los criterios deben diagnosticarse como “no especificado” (NOS) o “atípicos”; v) hay estudios familiares y genéticos que no confirman los límites de trastorno establecidos por el DSM-IV. Además de mostrar la considerable heterogeneidad etiológica y la complejidad de sintomatología individual, hay fuertes evidencias de que algunos trastornos comparten un subconjunto de sus factores genéticos de riesgo con otros trastornos; vi) parece que lo adecuado para el DSM-5 es volver a reagrupar en pocos ejes todas las psicopatologías descritas en el DSM-IV en función de las hipótesis neurobiológicas y las hipótesis genéticas actualmente más convincentes, facilitando un nuevo análisis de abajo hacia arriba⁶⁵; y vii) también sería el momento, con la debida precaución, de introducir escalas cuantitativas⁶⁶ que avalen las publicaciones del DSM-5 y de la CIE-11, que no tendrían

disorder of specific brain circuits (Sanislow et al 2010). These disorders could be studied at many levels and need not be identified with simple lesions. But future models of mental illness are expected, on this vision, to draw on psychological, neurological, and genetic mechanisms, as well as information about the wider cultural context. It is expected that current research and future diagnosis will have to be based on these models in order to be properly warranted by the underlying facts about the causal structure of mental illness, rather than on clinical signs and symptoms. Clearly, in this case, validating a diagnosis is thought of as understanding its underlying causal structure: a diagnosis is valid if it rests on a biological process that can be identified by experiment and observation using the methods of the biological and cognitive sciences.”

⁶⁵ Como ya argumentó Hyman (2007), las entidades diagnósticas podrían agruparse de nuevo en grandes grupos o familias siguiendo las directrices de las hipótesis neurobiológicas y una etiología actual más certera. Luego, desde abajo a arriba, los investigadores podrán determinar si es más eficaz conceptualizar en categorías (según el DSM-IV) o dimensionalmente las alteraciones cognitivas y afectivas, en función de la neurobiología, la genética, la respuesta de los síntomas, el curso del trastorno y la respuesta al tratamiento.

⁶⁶ En lugar de representar algunos trastornos sólo como desviaciones cuantitativas en función de un enfoque categórico que establece discontinuidades o “zonas de rareza” (como normalmente se hace en medicina), se trataría de complementarlos con representaciones desde un enfoque dimensional, como un continuo con la normalidad, a falta de discontinuidades fuertes que apoyen esa separación cualitativa. Esto requeriría el establecimiento de umbrales de diagnóstico que, aunque en teoría deberían estar basados en resultados empíricos, su elección termina siendo una cuestión arbitraria, política.

que ser desarrolladas previamente sino, dado su carácter de “documentos vivos” como plantean la APA y la OMS (Regier et al. 2009), podrían añadirse más tarde y sin necesidad de esperar una década o más a que sean publicadas las versiones DSM-6 y CIE-12, respectivamente.

Hyman, haciendo de nuevo referencia a sus publicaciones de 2007 y 2010, declaraba en 2014⁶⁷: “*In addition to illuminating the neurobiology of disease, genetic information will contribute to the deconstruction of the chimeras that currently populate the DSM system and thus to better diagnostic schemata*”. Es necesario identificar objetivamente los distintos marcadores biológicos relacionados con los mecanismos de las enfermedades psiquiátricas. Los síntomas de muchos trastornos psíquicos varían en el tiempo y con el contexto, por lo que sería conveniente obtener biomarcadores críticos, tanto para la prueba ideal como para un registro de ensayos a largo plazo. Desafortunadamente el sistema del DSM, basado en la psiquiatría descriptiva de los años 1960 y 1970, promulga un gran número de categorías de diagnóstico discontinuas que son pobres espejos de la naturaleza.

Hyman insiste también en que los diagnósticos del DSM muestran unas propiedades extraordinarias pero al mismo tiempo demasiado limitadas, dando como resultado una sustancial y excesiva comorbilidad clínica, lo que significa que el diagnóstico de los pacientes sigue siendo demasiado heterogéneo. Por lo tanto, si los diagnósticos del DSM-5 se toman como patrón de referencia en los cuales se pretendan validar los biomarcadores, es difícil imaginar un progreso significativo. Aunque reconoce, nuevamente, que en los últimos años se han hecho algunos esfuerzos para eludir las limitaciones del sistema DSM⁶⁸. Probablemente los avances en genética y en diversas áreas de la ciencia del cerebro servirán de ayuda para estos y otros esfuerzos similares, pero lo más importante –puntualiza- es la voluntad de evitar las categorías del DSM que ya no sirven.

Otro tema controvertido y en período de reflexión es la utilización de sistemas vivos, incluido seres humanos, para la realización de ensayos terapéuticos

⁶⁷ Hyman, S. E. (2014). Revitalizing psychiatric therapeutics. *Neuropsychopharmacology*, 39 (1), 220-229. doi:10.1038/npp.2013.181.

⁶⁸ Estos esfuerzos incluyen investigaciones en neurociencia cognitiva para mejorar la cognición en la esquizofrenia (CNTRICS; Carter et al, 2012), mediante la búsqueda de biomarcadores cognitivos y de imagen, y más recientemente el proyecto de investigación ya mencionado del NIMH sobre los denominados RDoC, destinado a desarrollar un nuevo enfoque para el diagnóstico centrado en la función de los circuitos neuronales (Insel et al. 2010).

psiquiátricos. Sin embargo, Hyman es optimista respecto al devenir de la medicina psiquiátrica y a su relación con la industria farmacéutica. Desde su punto de vista, es esperanzador que el ritmo de desarrollo de la tecnología se esté acelerando. Y aunque los desafíos son grandes –señala- tenemos una oportunidad de recuperar la industria y revitalizar las terapias psiquiátricas adoptando un pensamiento claro y poniendo a trabajar las tecnologías.

3.3. Allen Frances y el DSM-5: ¿pero queda alguien sano?

En su artículo *Abriendo la caja de Pandora* (2013), Frances insiste en que el proceso de elaboración del DSM-5 ha sido secreto y desorganizado, aunque no cree que sea cierta la acusación de que muchos de los que trabajaron en él engrosaron las categorías de trastornos psiquiátricos motivados por intereses financieros y/o profesionales (como propiciar beneficios a las farmacéuticas, incrementar los fondos de investigación o el nicho laboral para los profesionales de la salud mental). Tal vez es su ingenuidad y su fe ciega en la ciencia lo que les ha llevado por ese camino, afirma.

Esto se explica porque, según él mismo ha podido atestiguar durante la elaboración de los tres manuales anteriores, los grupos de trabajo tienden a expandir los límites de sus correspondientes secciones tratando de eliminar la categoría “no especificado”, lo que les lleva a proponer tratamientos preventivos o con capacidad para reducir la cronicidad de la enfermedad. Pero claro, ellos deben ser conscientes de que ese esfuerzo por reducir los falsos negativos conlleva el riesgo de incrementar sobremanera los falsos positivos. Para arriesgarnos con la psiquiatría preventiva –advierte- deberemos primero tener pruebas diagnósticas específicas y tratamientos seguros y efectivos.

Pero Frances no carga las tintas sobre los grupos de trabajos en sí mismos, sino que acusa a la dirección del proyecto de cuatro graves errores estructurales iniciales: unas cláusulas de confidencialidad que terminaron aislando a los investigadores; un reducido y hermético grupo de dirección; apostar por la innovación y el riesgo frente a los beneficios; y escaso asesoramiento editorial a los grupos de trabajo. De publicarse tal cual está organizado el borrador -aseguraba Frances- nos encontraremos con: i) un incremento de las tasas de trastornos mentales debido a nuevos

diagnósticos de “patologías” excesivamente comunes en la población general (sobre todo después del marketing de la industria farmacéutica); y ii) umbrales diagnósticos más bajos para muchos de los desórdenes existentes que conllevaría decenas de millones de falsos positivos y el consiguiente exceso de medicalización altamente nociva. La causa de que el DSM-5 se haya atrevido a ser tan inclusivo es lo enormemente indeterminado que es el concepto ‘trastorno mental’.

Aunque en aquella reflexión de 2013 no todo le parecía negativo. En las correcciones llevadas a cabo por un comité de supervisión observaba cierta reconducción del proyecto, atreviéndose incluso a aportar algunas sugerencias: alargar a tres meses el período de revisión pública corrigiendo hasta el más mínimo detalle semántico para dar consistencia y claridad al manual; publicar posteriormente los métodos de las pruebas de campo para revisión pública; designar tres subcomités encargados de la revisión forense, el análisis riesgos/beneficios y las pruebas de campo, respectivamente; y publicar las revisiones de literatura y planes para armonizarlo con la CIE-11. El secretismo causó los problemas y sólo la total transparencia y apertura exterior podrá solucionarlos, afirmaba Frances. Sin embargo, en pleno debate público sobre el manual, la Asociación Americana de Psiquiatría decide publicar el DSM-5 el 18 de mayo de 2013.

A. Frances (2014), en su libro *¿Somos todos enfermos mentales?*, critica abiertamente que el DSM-5 está influyendo en la creciente medicalización de la sociedad a causa del poder anticipatorio y persuasivo de la industria farmacéutica. Frances no es tan optimista como Hyman sobre el papel de la industria y la tecnología en las próximas décadas, y propone un cambio cultural radical en la forma de relacionarse con la psicofarmacología⁶⁹.

⁶⁹ En una entrevista para *El País* del 28 de septiembre de 2014, Frances habla de “inflación diagnóstica”, especialmente en psiquiatría infantil, que ya se apreciaba en el DSM-IV. En el DSM-5 esa inflación se convertirá en “hiperinflación”. “Las farmacéuticas están engañando al público haciendo creer que los problemas se resuelven con píldoras. (...) Si vivimos inmersos en una cultura que echa mano de las pastillas ante cualquier problema, se reducirá nuestra capacidad de afrontar el estrés y también la seguridad en nosotros mismos. (...) Afortunadamente, está creciendo una corriente crítica con estas prácticas. El próximo paso es concienciar a la gente de que demasiada medicina es mala para la salud. (...) Pero el cambio cultural es posible.”

Ver http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html.

También es recomendable leer el siguiente artículo: Frances, A. (2013). Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia*, 19 (3), 14.

4. EL DEBATE SOBRE LA REVISIÓN DEL DSM-5: T. KAYALI BROWNE *VERSUS* R. COOPER

El tema de la revisión del DSM-5 está en plena discusión. A raíz del artículo *A role for philosophers, sociologists and bioethicists in revising the DSM*⁷⁰ de Tamara Kayali Browne, profesora del Centre for Applied Philosophy and Public Ethics de la Universidad Charles Sturt de Canberra (Australia), que se publicará en diciembre de 2017 aunque ya está disponible en red, Rachel Cooper⁷¹ y otros colegas han participado en la discusión haciendo algunas propuestas complementarias o correctivas. Sólo entraré a valorar el debate suscitado entre estas dos filósofas⁷².

Como Kayali Browne reconoce, el DSM-5 ha sido cuestionado⁷³ mucho antes –como acabamos de ver- y aún más después de su publicación en 2013. Una de las críticas principales al DSM-5 es que patologiza algunas conductas que eran consideradas previamente como simples problemas de la vida cotidiana o como variantes de un comportamiento normal (por ejemplo, nerviosismo, inquietud, exceso de energía, preocupación y luto). Puesto que el DSM tiene influencia en el diagnóstico clínico de salud mental o de atención primaria, en la investigación, en la financiación, en el tratamiento, en la actuación forense y policial, indudablemente clasificar ciertas conductas como trastorno mental puede tener repercusiones en todos estos ámbitos⁷⁴.

En su opinión, las controversias recientes se han dado porque el proceso de revisión del DSM conlleva inevitables juicios de valor. Para reducir la probabilidad de que en el futuro el DSM vuelva a estar bajo sospecha y fortalecer el manual, K. Browne propone un proceso de revisión del mismo que asegure que esos juicios de valor inherentes a la clasificación psiquiátrica sean examinados explícita y

⁷⁰ A role for philosophers, sociologists and bioethicists in revising the DSM. (Accepted for publication in *Philosophy, Psychiatry and Psychology* in December 2017), en https://www.researchgate.net/publication/286018870_A_role_for_philosophers_sociologists_and_bioethicists_in_revising_the_DSM.

⁷¹ Commentary on “A role for philosophers, sociologists and bioethicists in revising the DSM”, (Accepted for publication in *Philosophy, Psychiatry and Psychology*), en <http://eprints.lancs.ac.uk/76429/>

⁷² Kayali Browne amplía la propuesta del profesor de filosofía de la Universidad de Notre Dame, Gary Gutting. Para situarnos mejor en la tradición filosófica a la que ambos parecen estar adscritos, ver <http://opinionator.blogs.nytimes.com/2013/02/06/the-limits-of-psychiatry/?hp>.

⁷³ Refiere a Hyman 2010; Andreason 2007; Regier et al. 2009; Widiger and Clark 1999.

⁷⁴ Ver Frances & Widiger (2012).

hábilmente. Argumenta que esto es necesario por dos motivos: en primer lugar, porque hay cuestiones indudables de juicio moral que aunque la ciencia no puede responder con autoridad (en el caso de que la discusión incluya diferentes disciplinas científicas o razones argumentadas desde una perspectiva no científica), necesitan ser enfocadas hacia la clasificación psiquiátrica; y, en segundo lugar, porque las consecuencias de esa misma clasificación son demasiado extensas.

K. Browne sugiere que la fórmula para que los juicios de valor implicados en la clasificación psiquiátrica puedan ser examinados de manera más sistemática y exhaustiva consiste en incluir un comité independiente de análisis ético en el proceso de revisión del DSM, el cual podría estar formado por bioéticos, sociólogos y filósofos de la psiquiatría⁷⁵. Por supuesto, esta revisión ética no formó parte del proceso formal de revisión previo a la publicación del manual. Pero de ningún modo quiere decir esto que no deba tener lugar ahora.

El proceso debería: 1) identificar y deliberar los juicios de valor inherentes para sugerir su revisión; 2) predecir posibles consecuencias negativas de las revisiones propuestas (como efectos adversos para los individuos o grupos sociales); y 3) proponer medidas para mitigar los posibles efectos adversos, incluyendo no proceder a la introducción de una categoría de diagnóstico o modificando una categoría diagnóstica. Aunque la investigación de los comités éticos no pueda prevenir todos los efectos negativos de las cuestiones investigadas, sí puede jugar un papel decisivo en la prevención de perjuicios para la investigación en cuanto al aporte de un análisis ventajas/desventajas de cada condición en el DSM. Aludiendo al ejemplo paradigmático de un diagnóstico cuestionado del DSM como el de ‘homosexualidad’⁷⁶, K. Browne alega que no debería ser necesario el activismo político cada vez que parezca evidente que un diagnóstico puesto en cuestión debe ser eliminado del DSM -como en este caso-, categorías que en última instancia permanecen en el manual para preservar el statu quo.

⁷⁵ Profesionales con extensas publicaciones sobre esta temática y que sean autoridades reconocidas en sus correspondientes campos de investigación, con lo que estarían potencialmente en mejor posición que otros para abordar estos problemas.

⁷⁶ Se votó eliminar la descripción de ‘homosexualidad’ como trastorno mental del DSM en 1973. (Phillips et al. 2012). Kayali Browne aclara, respecto a la cuestión de valores que subyace a la descripción, que “Issue was put to the APA for a vote. Majority voted it be removed from the DSM. Issue could not be decided by science alone, as there was a split between two camps: psychoanalysts and research academics (Zachar and Kendler 2012).”

Aunque el panel de expertos que recomienda debería ser reducido –alrededor de 15 miembros- con el objetivo de que su tarea sea eficiente bajo el modelo de conferencia de consenso, su trabajo debería ser transparente y abierto a la consideración del público en general. Evidentemente, los filósofos de la psiquiatría tiene experiencia en identificar y deliberar los juicios de valor inherentes a la clasificación psiquiátrica. No debería prescindirse de ellos. De hecho, atendiendo a la cantidad de investigadores dedicados a estas cuestiones en los últimos años -advierte Browne- no debería ser difícil identificar a aquellos expertos apropiados para el panel. Los sociólogos pueden complementar el conocimiento limitado que los psiquiatras tienen sobre las influencias efectivas del DSM más allá de la práctica médica (el marketing de las farmacéuticas, la financiación, etc.)⁷⁷. Están en mejor posición para identificar el contexto político y cultural en el cual los cambios tendrían efecto. Hay un campo de análisis en el que los sociólogos de la medicina estarían bien situados, y es el de los diagnósticos infantiles, analizando las influencias sociales, culturales y políticas en categorías como el trastorno bipolar, el TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad) o el autismo, cuya principal consecuencia negativa es la diagnosis abusiva. Por su parte, los bioéticos podrían jugar un papel fundamental en el panel, aportando las bases de los principios éticos que sostienen los juicios de valor y evaluando la solución ética intermedia que a menudo se encuentra en los análisis sobre ventajas/desventajas.

Para lograr que esta evaluación sea independiente, los miembros de panel no deberían estar vinculados, por ejemplo, con la APA y no deberían recibir subvenciones de la industria o de cualquier otra fuente que ocasione potencial conflicto de intereses. En opinión de K. Browne, debería ser financiado por una entidad pública y los miembros deberían proceder de organizaciones neutrales, como las universidades.

En dos de los Grupos de Trabajo de revisión de DSM propuestos por la APA participó la eminente socióloga Paula Caplan, sin embargo sus objeciones a las revisiones fueron sistemáticamente ignoradas (Caplan 2008). Además, tanto la *Task Force* como los Grupos de Trabajo de los DSM coordinados por la APA, han ignorado el proceso de feedback que han generado el DSM-III-R y el DSM-IV, porque entre otras

⁷⁷ Ver Frances & Widiger (2012).

cosas no están obligados a tener en consideración las recomendaciones surgidas durante ese proceso de retroalimentación⁷⁸.

La razón por la cual sería imprescindible contar con un comité ético en psiquiatría respecto a otras especialidades médicas es que hay mucho de subjetividad implicado en cada momento de la clasificación psiquiátrica, comparado con otras áreas médicas que pueden basar su nosología en estudios empíricos. Que los expertos del comité no van a estar libres de sus propios puntos de vista subjetivos es evidente, pero es algo que también puede preverse teniendo en cuenta la filiación de cada uno de ellos en el momento de la elección. Pero además, si se tiene en cuenta la definición de diagnóstico psiquiátrico de Ronald Pies (2010)⁷⁹, es esencial que el DSM sea revisado por expertos filósofos, sociólogos y bioéticos.

En su comentario al artículo de F. Browne, Rachel Cooper está de acuerdo con muchas de las cuestiones planteadas por ella: que los juicios de valor juegan necesariamente un papel en la construcción de clasificaciones como las del DSM, que es interesante que diversos tipos de expertos estén implicados en la revisión del manual, o que los filósofos tienen una labor que hacer mientras el DSM-5 esté en revisión.

Sin embargo, no está convencida de que la propuesta de un comité ético sea una buena idea. Es cierto que la formación de los expertos en moral puede ayudarnos a sacar a la luz los juicios de valor implícitos en el DSM. Pero –al igual que muchos otros, advierte⁸⁰– es escéptica respecto a la idea de que los filósofos deberían convertirse en expertos morales en el sentido de ser particularmente buenos en el proceso práctico de la toma de decisiones morales. Le preocupa que los filósofos no estén preparados para conocer en profundidad algunas de las cuestiones morales que Kayali Browne propone revisar, por ejemplo, cómo evaluar los perjuicios sociales causados por la medicalización frente a los beneficios que es posible que tenga un tratamiento para casos particulares, o como distinguir un comportamiento caprichoso de un desorden de conducta. Le preocupa también que un comité de filósofos con derecho a veto sobre las revisiones propuestas al DSM pueda tensar las relaciones entre filosofía

⁷⁸ Ver Sadler (2005).

⁷⁹ “Psychiatric diagnosis is seen fundamentally as a means to an ethical and humanitarian end – namely, the effective relief of certain kinds of human suffering and incapacity (‘dis-ease’)”

⁸⁰ Cooper remite, por ejemplo, a Archard 2011; Engelhardt 2002.

y psiquiatría. El riesgo es que los filósofos podrían ser vistos como ignorantes o entrometidos. Algunos eminentes psiquiatras lo han entendido así cuando investigadores humanistas escriben sobre temas de salud mental (por ejemplo, Brown 2010, Pies 2010).

La propuesta que sugiere Cooper es “más modesta” que la de Kayali Browne. Mientras Browne considera que deben ser resueltas cuestiones morales profundas y difíciles, Cooper cree que la prioridad está en cómo manejar los temas de discusión en la mejor dirección. Por ejemplo, sugiere que algunos problemas surgidos por una carga de valores en el DSM podrían ser evitados fácilmente, y a partir de aquí entrar a valorar los roles particulares que los filósofos podrían jugar en la revisión del manual.

Algunos de los problemas de base moral que aquejan al DSM surgen porque los comités que escriben el manual tienden a estar compuestos por un cierto tipo de personas (por lo general, de mediana edad, pudientes económicamente, inteligentes, blancos, hombres, médicos). Cuando ese tipo de personas escriben los criterios diagnósticos, lo hacen desde su implícito punto de vista sobre lo que es ‘normal’. Es muy sencillo para ese tipo de personas suponer, por ejemplo, que un niño “normal” trabajará duro en la escuela y no tendrá problemas con la policía, y que un adulto “normal” beberá, pero no mucho, será bastante independiente y tendrá un empleo remunerado. En ocasiones, ese tipo de suposiciones derivan en criterios diagnósticos y exponen a los miembros de comunidades particulares ante el riesgo de sobre o supra-diagnos. Después de todo, se considera que esos criterios son destinados a otra gente, con diferente experiencia de vida.

En el caso comparativo de la fobia que Cooper utiliza como ejemplo, un miedo razonable desde el punto de vista del paciente a ser contagiado de gripe aviar, caso que en el DSM-IV no sería diagnosticado mientras que el DSM-5 permite emitir un diagnóstico clínico, los problemas surgirían –insinúa Cooper- porque el comité asuma que los clínicos siempre saben más que los pacientes. Este es un tipo de error que es fácil de cometer por parte de los médicos, pero que los pacientes, con sus diferentes suposiciones y sus experiencias de vida, no deberían pasar por alto.

Cooper sugiere que la manera más fácil de disminuir la posibilidad de que surjan esos problemas debería ser esforzarse por incluir más tipos diferentes de

personas cuando el DSM esté siendo revisado. Hay casos, como el mencionado, en los que los pacientes podrían suponer con mayor probabilidad que los doctores deben estar equivocados. En otros casos la contribución de otros grupos sub-representados debería ser útil (por ejemplo, mujeres, gente no blanca, gente pobre, gente joven, gente sin intereses académicos). Gente procedente de diferentes contextos, con diferentes valores, hipótesis, experiencias de vida y formación. De esta forma será más probable que emerjan diferentes tipos de problemas cuando el DSM sea revisado.

Al contrario que F. Browne, Cooper cree que la APA hizo un esfuerzo considerable para promover lo máximo posible el feedback sobre el DSM-5 en el proceso de revisión en línea. Sin embargo, es probable que mucha gente dudara sobre cómo iban a ser utilizados sus comentarios a los supuestos errores detectados en el manual y finalmente optara por no participar. Según Cooper, es preferible una fórmula de revisión de estas características, aunque deba ser mejorada, que ser específicamente invitado por los miembros del comité para comentar el borrador de los criterios diagnósticos.

También los filósofos están bien equipados para jugar un rol importante, aunque modesto, en la revisión de los grupos de criterios diagnósticos. Por ejemplo, un número considerable de problemas en la anterior edición del DSM fueron debidos al cambio entre “y” y “o”. Un criterio diagnóstico basado en la combinación de tres síntomas en el DSM-IV, pasó a requerir en el DSM-IV-TR un solo síntoma para ser diagnosticado⁸¹. Los filósofos raramente confunden “y” de “o” por su sólida formación en lógica formal. Cooper cree que una revisión filosófica podría percatarse de esos problemas. En ese sentido, está de acuerdo con Kayali Browne y piensa que los filósofos tienen habilidades especiales que ofrecer. También cree que las decisiones relacionadas con los valores son importantes y deben ser más explícitamente desveladas. Pero a diferencia de la propuesta de aquella, su propuesta –dice- pretende ser más modesta. No ve la necesidad de un nuevo comité. Piensa que algunos errores podrían evitarse si a diferentes personas ajenas al proceso (incluyendo un par de filósofos) se les propusiera leer los borradores de criterios diagnósticos para ver si pueden divisar algunos problemas, problemas manejables –advierte. Sin embargo, considera que el trabajo que los filósofos llevan a cabo sobre profundas y difíciles

⁸¹ Para ver casos particulares sobre la parafila y la PDD-NOS, Cooper refiere a Greenberg 2013, Cooper 2014; y First & Pincus, 2002, respectivamente.

cuestiones morales y problemas conceptuales es extremadamente importante y debería continuar. Es por ello que no cree que esos trabajos estén listos para poder dar forma al DSM en el corto plazo⁸².

En la revisión sobre los distintos comentarios aportados a su artículo inicial, Kayali Browne agradece todas las ideas aportadas pero sigue reivindicando la necesidad del comité ético: *An Ethics Review Panel for the DSM: A Worthwhile Challenge*⁸³. Los comentarios presentan una variedad de puntos de vista, algunos muy incisivos, otros no tanto, y proceden de una gama de perspectivas, “reflejando el espíritu del panel que propongo” -dice.

En primer lugar, no cree que los filósofos tengan una “vía real hacia la verdad” ni tampoco cree que estén libres de sesgos, como se ha interpretado en algunos comentarios. La inclusión de una gran variedad de expertos de diferentes disciplinas podría proporcionar una visión holística de los problemas propuestos para revisión. Los filósofos y sociólogos pueden complementar desde sus áreas las teorías científicas y evidencias presentadas por los comités DSM. Parte de su trabajo consiste en reconocer cómo la ciencia está coloreada por el contexto social y cultural. Tampoco los psiquiatras están libres de sesgos, pero están en una posición privilegiada en la nosología psiquiátrica.

Es cierto, reconoce K. Browne, que respecto a los dilemas éticos los filósofos no pueden resolver problemas definitivamente o intentar alcanzar la respuesta “correcta” en el sentido que los científicos pueden descubrir teorías “verdaderas”, pero se puede progresar y mejorar el proceso.

Está de acuerdo con algunos comentarios que consideran que es más efectivo incluir en el panel también a expertos de otras disciplinas como antropología, epidemiología, política social y psicología. En consonancia con lo propuesto por Cooper, K. Browne considera que sería tan importante como incluir diferentes disciplinas, incluir también en el comité a gente procedente de culturas diferentes, diferentes edades, género y condiciones socio-económicas.

⁸² Para revisar en profundidad el punto de vista de Cooper, ver Cooper, R. (2014). *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. London: Karnac

⁸³ https://www.researchgate.net/publication/304146814_An_Ethics_Review_Panel_for_the_DSM_A_Worthwhile_Challenge

Respecto a la labor de simples correctores que propone Cooper, es lo más modesto que los filósofos pueden ofrecer, y mejor eso que nada -opina. Si el objetivo es que los psiquiatras no sientan que se les toma la delantera en el DSM, el resultado puede ser un impedimento para los progresos. Con el mismo temor, se ha evitado la revisión del comité ético antes de que los estudios científicos tuvieran lugar, y ambos -la ciencia y los participantes en el estudio- podían haber resultado perjudicados. Cooper sugiere invitar a individuos que tienen una perspectiva diferente de aquellos que ya han pertenecido a los comités del DSM para comentar los borradores de los criterios (Cooper, 2016). Y justamente eso ya ha ocurrido, y no parece que deban evitarse invitados como Paula Caplan por susceptibilidades respecto a que sus puntos de vista fueran ignorados (Caplan, 2008), plantea K. Browne.

Finalmente recomienda que, en aras de ser transparente (con la APA y con el público en general), el comité debería ser responsable. Sus decisiones deberían ser objeto de auditoría. Y la auditoría serviría también para reconfigurar el modelo de votación, por ejemplo, si fuera necesario. El comité será imperfecto y no resolverá todos los problemas en psiquiatría. Pero será mejor tener uno que ninguno.

La comunidad académica ha tomado parte durante años en debates concernientes a los valores presentes en nosología psiquiátrica, y se sabe que esa nosología tiene consecuencias reales. Actualmente, esos juicios de valor están siendo producidos por psiquiatras que deben saber o no lo que están haciendo, y deben o no estar preparados para hacerlo. El propósito es presentar una forma de encauzar esos sesgos explícita y expertamente. Es desafiante pero probablemente proporcione, a largo plazo, beneficios -concluye K. Browne.

5. COMPRENDER LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

Como ya vimos al comienzo del apartado 2, la ciencia psiquiátrica emplea dos tipos de argumentos complementarios para sus explicaciones: a) los justificados en la historia natural de la enfermedad, apropiados principalmente para el caso de aquellas categorías de trastornos mentales susceptibles de ser consideradas

clases naturales; y b) los argumentos basados en historias clínicas, que pretenden ampliar la explicación biológica que ofrece el enfoque naturalista en los casos en que los trastornos no pueden ser claramente identificados como clases naturales, incorporando a la vez una perspectiva más amplia, próxima a lo establecido desde el enfoque hermenéutico, que incluye el factor humano del paciente.

Trataremos de acercarnos a la práctica médica psiquiátrica analizando uno de esos trastornos que no tiene causas orgánicas aparentes: el trastorno disociativo.

5.1. El trastorno disociativo

En *Mad Travelers* (1998), Hacking utiliza la ‘fuga disociativa’ como un caso práctico para examinar por qué algunos trastornos mentales parecen desarrollarse sólo en un lugar y en un tiempo concretos o también ser simplemente “transitorios”. Según lo resume Cooper (2007, 54-55), la fuga es un trastorno disociativo caracterizado por viajar y amnesia. Quienes padecen fuga disociativa se sienten obligados a deambular y sufren estados alterados de conciencia. “Pueden alejarse muchos kilómetros de sus casas sin tener ni idea de lo que están haciendo”.

Considero oportuno contextualizar el trastorno disociativo atendiendo a una explicación médica, actualizada y genérica, que nos ayude a situarnos en la realidad que pretendemos transmitir en este apartado, más allá de interpretaciones individuales como la de Hacking o la de Cooper:

El trastorno disociativo es una patología relativamente poco frecuente que se ha asociado a la presencia de acontecimientos traumáticos en la infancia y, especialmente, a los abusos sexuales. (...) Las clasificaciones actuales se refieren a la disociación como una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno. Existen diversos criterios diagnósticos y, de hecho, según utilicemos unos u otros, las tasas de detección pueden variar. (...) Uno de los datos que aparece frecuentemente en la literatura, y, además, de manera bastante constante en todas las culturas estudiadas hasta ahora, es la alta frecuencia de asociación entre la disociación y el trauma infantil crónico⁸⁴.

⁸⁴ Taulí, C. S. P. (2009). Trastorno disociativo y acontecimientos traumáticos. Un estudio en población española. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(4), 200-204: “Nuestro estudio presenta una muestra clínica de 36

Aunque tampoco el trastorno disociativo está exento de polémica, como podemos apreciar en la siguiente cita⁸⁵:

A 2012 review article supports the hypothesis that current or recent trauma may affect an individual's assessment of the more distant past, changing the experience of the past and resulting in dissociative states⁸⁶. However, experimental research in cognitive science continues to challenge claims concerning the validity of the dissociation construct, which is still based on Freudian notions of repression. Even the claimed etiological link between trauma/abuse and dissociation has been questioned. An alternative model proposes a perspective on dissociation based on a recently established link between a labile sleep–wake cycle and memory errors, cognitive failures, problems in attentional control, and difficulties in distinguishing fantasy from reality⁸⁷.

Según interpreta Cooper en su lectura crítica de *Mad Travelers*⁸⁸, para Hacking, como trastorno mental significativo la fuga sólo existió en Francia entre 1887 y 1909, y fue categoría diagnóstica en el DSM desde 1980 a raíz de un “chanchullo” político de los partidarios de incluir el trastorno de personalidad múltiple en el nuevo DSM. Cooper discute esta afirmación, argumentando que ya la fuga había sido incluida

pacientes que padecen un trastorno disociativo, evaluados prospectivamente mediante escalas estandarizadas en las consultas habituales de psiquiatría general. La muestra se compone básicamente de mujeres (34/36), casadas (86,1%), de clase media-baja y con una importante comorbilidad (38,9 % trastornos afectivos, 52,8% de conversión, 41,7% de ansiedad y/o 38,9% trastornos de personalidad). Nuestros resultados muestran una alta tasa de acontecimientos traumáticos en la infancia (58,3 %) y de antecedentes de abusos sexuales (27,8%) en esta población, así como de otros acontecimientos traumáticos (55,6 %) en la edad adulta. La prevalencia de cualquier acontecimiento traumático (27/36) es más alta que en población general española, pero sólo discretamente para el caso de los abusos sexuales en la infancia. La gravedad de las puntuaciones de acontecimientos traumáticos correlaciona con la gravedad de la clínica disociativa. La presencia de acontecimientos traumáticos en la infancia de tipo sexual se asocian con la gravedad de la clínica disociativa medida con la Escala de disociación DES. En nuestra muestra, la edad del primer acontecimiento traumático no muestra relación con la gravedad de la clínica disociativa. Los antecedentes de abusos sexuales en la infancia (y no otros) también se relacionan con una mayor presencia de trastornos afectivos y conversivos.”

⁸⁵ Dissociative disorder. (2016, July 22). In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved: August 15, 2016, from https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Dissociative_disorder&oldid=730969153

⁸⁶ Stern D.B. (January 2012). "Witnessing across time: accessing the present from the past and the past from the present". *The Psychoanalytic Quarterly*. 81(1): 53–81. doi:10.1002/j.2167-4086.2012.tb00485.x

⁸⁷ Lynn, S.J. et al. (2012). "Dissociation and dissociative disorders: challenging conventional wisdom". *Current Directions in Psychological Science*. 21(1): 48–53. doi:10.1177/0963721411429457

⁸⁸ Aunque he leído otras publicaciones de Hacking, este libro en concreto no he podido aún estudiarlo, con lo cual mi comentario tiene el déficit de no abordar la fuente primaria en la investigación. Intentaré actuar con cautela.

como diagnóstico en el predecesor del DSM, publicado en 1945⁸⁹. Además, en 1994 el DSM-IV estimaba que el 0.2 % de la población en general cumplía los criterios para la fuga disociativa, comparada con el 0.2-2 % de esquizofrenia. Esto significa que la fuga es un trastorno bastante raro, pero que está “vivito y coleando” -ironiza Cooper (2007, 55).

Hacking trata de explicar su concepto de ‘trastorno mental transitorio’ utilizando la metáfora del nicho ecológico: condiciones ambientales, culturales y sociales específicas que favorecen la aparición de determinados trastornos. En este caso, para Cooper esta idea sí tiene sentido. Es una realidad que se advierte también en el estudio de 2009 referido anteriormente, que establece una correlación entre el trastorno disociativo -con una presencia significativa de sintomatología de fuga disociativa- y acontecimientos traumáticos en la infancia, específicamente abusos sexuales, como ya vimos. Además, como confirman sus autores,

El trastorno disociativo es un problema de salud de creciente interés, especialmente en la literatura anglosajona. Las manifestaciones habituales clásicas son conocidas desde hace tiempo y, sólo últimamente, se ha comenzado a investigar sobre sus diversos subtipos, las diferencias interculturales o los aspectos etiopatogénicos⁹⁰.

El DSM-5 identifica cinco trastornos disociativos: la amnesia, la fuga, el trastorno de despersonalización, el trastorno de identidad y el no especificado. Decía Dennett en *Conciencia explicada* (1992, 412- 413) que:

Los Trastornos de Personalidad Múltiple (TPM)⁹¹ serían ese experimento, en que un único cuerpo humano parece ser compartido por más de un yo, cada uno con su nombre propio y su autobiografía. (...) Pues no podemos más que rendirnos ante la evidencia de que los TPM diagnosticados hasta hoy no son unos pocos cientos, sino muchos miles, los cuales son atribuibles, casi invariablemente, a abusos sufridos durante la infancia, generalmente de tipo sexual, de una gravedad espantosa, hace algunos años. Nicholas Humphrey y yo mismo estudiamos los TPM (Humphrey y Dennett, 1989) y

⁸⁹ *Statistical Manual for the Use of Hospitals for Mental Diseases* (National Committee for Mental Hygiene 1945).

⁹⁰ Taulí, C. S. P. (2009, 200).

⁹¹ Actual trastorno de identidad disociativo.

descubrimos que se trata de un fenómeno muy complejo que se extiende mucho más allá de los cerebros de aquellos individuos que los padecen. Estos niños han vivido a veces unas circunstancias tan terribles y confusas que me sorprende más el hecho de que, psicológicamente, consigan sobrevivir, de lo que me sorprende que consigan conservarse mediante una desesperada reconstrucción de sus límites. Cuando tienen que enfrentarse a un dolor y a un conflicto abrumadores, lo que hacen es esto: «se marchan». Crean un límite de tal modo que el horror no les afecta a *ellos*: o no afecta a nadie o afecta a otro yo, más capacitado para soportar esa violencia; o, cuando menos, eso es lo que *dicen* que hicieron, cuando lo recuerdan.

5.2. La importancia de las historias clínicas para las explicaciones en psiquiatría

La metodología basada en el estudio de historias clínicas individuales es crucial para el desarrollo de la teoría psiquiátrica y de la investigación empírica.

Según Cooper (2007, 72-81), es común pensar que la experiencia personal aumenta nuestro conocimiento y nuestra capacidad para sentir empatía, lo cual parece ser cierto a pesar de no existir evidencias empíricas aparentes. Incluso una perspectiva basada en simulación de historias clínicas permite estar aún más conectado con el paciente que el simple ejercicio de empatía. Pero además, una larga tradición en psiquiatría afirma que un enfoque basado en historias clínicas es, en cierto sentido, más ético que un enfoque basado en la teoría: es menos probable que aquellos que escuchan las historias personales de pacientes psiquiátricos actúen negando la humanidad de dichos pacientes.

Se suele recomendar la lectura de historias clínicas porque provoca efectos diferentes a la simple lectura de explicaciones psiquiátricas basadas en la teoría: éstas normalmente despiertan curiosidad intelectual, mientras aquéllas pueden llegar a desencadenar emociones fuertes en el propio lector.

Un enfoque basado en la simulación, aunque la simulación también tenga límites⁹², explica por qué interpretar historias clínicas es fenomenológicamente diferente de interpretar teorías. Además, según va pasando el tiempo y las historias

⁹² Cooper (2007, 70-75) señala cuatro clases principales de problemas para la simulación: personas cuyas mentes trabajen de forma diferente a las nuestras; que tenga experiencias traumáticas ocultas; cuyas profundas convicciones y deseos básicos difieran de los nuestros; y estados mentales inconscientes.

clínicas incorporan nuevos datos, se puede ir comprendiendo mejor la variación de la historia natural de cada enfermedad.

Para entender en profundidad la historia clínica que viene a continuación no he necesitado utilizar el enfoque basado en la simulación, aunque, de hecho, me encuentre situada en un entorno de simulación, sencillamente porque yo soy la protagonista de esa historia. He sido paciente psiquiátrica durante veinte años y aún hoy lo sigo siendo.

Hablar en primera persona es una técnica que siempre evito en los trabajos académicos (principalmente por modestia epistémica). De hecho, podría intentar resumir el caso clínico con pseudónimo y hablando en tercera persona –a modo de la paciente Anna O.⁹³ de Freud, por ejemplo–, procurando distanciarme de un exceso de subjetivismo. Como advierte muy certeramente el profesor Armero, no se debe olvidar la máxima baconiana que Kant hace suya y con la que comienza la segunda edición de *Crítica de la razón pura* (1787): “*de nobis ipsis silemus*”.

A pesar de que en algunas partes de este trabajo estemos ejercitado la máxima opuesta: “*de nobis ipsis loquemur* (sobre nosotros mismos hablamos)” (Bolívar 2002, 2), no creo que se deje de hacer ciencia con ello, tratándose como se trata de un ejercicio de filosofía práctica aplicada a una disciplina tan particular como la psiquiatría y por más que investigador y objeto investigado sean la misma materia. Armero (1997, 125) nos recuerda que la filosofía de la ciencia practicada por el positivismo lógico y por Popper “era en lo principal lógica aplicada” y que “la lógica, incluida la lógica inductiva, sistematiza aspectos esenciales de la racionalidad y, puesto que la ciencia es una empresa racional, su naturaleza debería poder ser puesta en claro mediante el análisis lógico.” Popper también defendió el individualismo metodológico y enunció el principio de racionalidad. Y aunque dicho principio tiene sus límites, deberíamos poder contar con leyes científicas “que debemos añadir al principio de racionalidad para obtener explicaciones aceptables de los fenómenos sociales” (Álvarez, Teira y Zamora 2005, 111). Como expresan los mismos autores (*Ibid.*, 180), tal y como lo entiende J. Elster, el individualismo metodológico consiste en “la adopción consciente de un cierto tipo de reduccionismo”, no como un fin en sí mismo, sino como una “tendencia a la

⁹³ Bertha Pappenheim (1859-1936).

Bertha Pappenheim. (2016, August 11). In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved: August 17, 2016, from https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Bertha_Pappenheim&oldid=734025630

búsqueda de los mecanismos causales explicativos que eviten explicaciones espurias, intentando reducir el lapso temporal entre el *explanans* y el *explanandum*.” No se trata, por tanto, de un individualismo metodológico ingenuo.

En el caso de la historia clínica que nos ocupa contamos con las afirmaciones de la teoría médica psiquiátrica y con estudios científicos recientes que apoyan leyes de naturaleza estadística que nos permiten, a partir del *explanans*, afirmar que un hecho se dará con un grado de probabilidad relativamente alto. Por lo tanto, no estamos hablando de leyes de tendencia que puedan ser aplicadas en las ciencias sociales, ni tampoco de leyes con validez universal, sino de regularidades empíricas (descubiertas mediante la observación y verificadas) que apoyan un modelo explicativo nomológico-inductivo o inductivo-estadístico. Además, se está considerando al investigador que se investiga como un “agente-objeto” en un “entorno de simulación”. Estamos refiriéndonos entonces a “un desarrollo fuerte del individualismo metodológico” (*Ibid.*, 196) aplicado -como ya se ha dicho- al campo de la ciencia psiquiátrica.

En consecuencia, me parece apropiado hablar en primera persona como agente-objeto desde un enfoque antropológico combinado emic/etic. La función objetiva que aporta la perspectiva del médico psiquiatra para afrontar el problema y caminar hacia la solución es indispensable. Pero también he podido comprobar que el punto de vista de un paciente⁹⁴ de larga duración colabora en su propio proceso de curación y seguramente facilita la labor del profesional cuando deba tratar con otras personas que sufran trastornos similares. Con este objetivo, sí trataré de adoptar una posición más ecuánime al abordar las conclusiones derivadas de la historia clínica.

En un sentido más amplio, considero que la antropología médica tiene un importante papel que jugar en el devenir de la ciencia médica psiquiátrica. No sólo porque ambas disciplinas utilicen tipos de explicación similares, como la basada en la simulación. Sino porque son dos campos científicos destinados a colaborar estrechamente, por el bien de los individuos y de los grupos humanos, y para la propia

⁹⁴ Como ya vengo haciendo a lo largo de este trabajo, he adoptado la calificación preferida por R. Cooper (2014, xv) frente a otros términos con connotaciones radicalmente diferentes como “superviviente del sistema psiquiátrico”, “cliente” o “usuario”. Es verdad que hay quien considera que no ha recibido ayuda del sistema de salud mental, pero sin embargo otros muchos sí –explica Cooper. Elijo para mí la calificación como paciente en un doble sentido: 1) porque, en general, me he sentido ayudada; y 2) porque cultivar la paciencia como paciente me ha permitido estar ahora mismo donde estoy.

eficiencia de sus prácticas profesionales. Esta cuestión ya viene formando parte del debate desde hace tiempo, como ya se pudo comprobar cuando repasamos la agenda para la preparación del DSM-5⁹⁵.

Asimismo, he podido experimentar cómo la filosofía práctica o filosofía clínica es un recurso terapéutico tremendamente útil para un paciente psiquiátrico. Si bien no parece que en el corto o el medio plazo el sistema público de salud cuente con profesionales de la filosofía para colaborar estrechamente con los profesionales de la salud mental, al menos éstos deberían poder estar asistidos por una guía filosófico-científica (tanto como lo están por el DSM) que vaya más allá de la idea genérica de acercar la filosofía o la bioética a la praxis médica⁹⁶. Muchos pacientes también podríamos colaborar modestamente en algunos aspectos de dicha guía. Personalmente opino que sería interesante participar en algún capítulo que llevara implícita la siguiente idea: más Aristóteles y filosofía de la ciencia y sólo ocasionalmente olanzapina⁹⁷. En resumen, puedo afirmar que el aprendizaje filosófico ha formado parte crucial en la evolución positiva de mi problema de salud mental.

5.3. Resumen de mi historia clínica

El primer episodio agudo se produce en marzo de 1996, tras días de insomnio provocado por la inesperada e inminente muerte de mi madre. Durante dos o tres días, antes de ser ambas ingresadas en el hospital, me vi obligada a gestionar sola toda la dura información que se iba generando en las consultas médicas.

Un año después, el psiquiatra que me trataba en consulta privada emitió un informe diagnóstico -a petición de mi familia- con la siguiente clasificación:

⁹⁵ “The recent revision of the nosology of the American Psychiatric Association, DSM-5, includes a Cultural Formulation Interview that aims to help clinicians contextualize diagnostic assessment. A related approach to cultural assessment involves cultural consultation which works with interpreters and cultural brokers to develop a cultural formulation and treatment plan that can assist clinicians.” Kirmayer, Laurence; Guzder, Jaswant; Rousseau, Cécile (2014). *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*. New York: Springer. ISBN 978-1-4614-7614-6.

En https://en.wikipedia.org/wiki/Cross-cultural_psychiatry

⁹⁶ Sin negar la importante función que cumplen textos tan necesarios como los de Wulff, Pedersen y Rosenberg (2002). *Introducción a la filosofía de la medicina*. Editorial Triacastela, o el de Bunge, M. (2012). *Filosofía para médicos*. Editorial Gedisa.

⁹⁷ Parafraseando el título del libro de Marinoff, L. (2003). *Más Platón y menos prozac*. Suma de Letras, aunque no he tenido ocasión de leerlo.

CIE-10 F23.1⁹⁸. Durante dos años fui tratada con potentes antipsicóticos y medicación complementaria para tratar los efectos secundarios provocados por éstos. No existió psicoterapia y la respuesta al tratamiento farmacológico fue negativa, con la consecuente pérdida del trabajo, de autonomía personal y un déficit considerable de autoestima y seguridad en mí misma.

Posteriormente, comencé a ser tratada en la sanidad pública por la Dra. Morales. Ya desde nuestra primera entrevista la psiquiatra descartó el padecimiento de una enfermedad psíquica grave, como me habían hecho creer los anteriores médicos, confirmándolo con estudios de neuroimagen y en las sucesivas consultas. La medicación fue sustituida por otro antipsicótico de nueva generación que no producía los terribles efectos secundarios de los anteriores.

Al poco tiempo, la Dra. Morales decidió estudiar mi sistema endocrino, descubriendo un fuerte desajuste hormonal. Fui diagnosticada de hipotiroidismo subclínico, lo que me obliga desde entonces a llevar un tratamiento con tiroxina sintética. A los pocos días de comenzar este nuevo tratamiento mi estado de ánimo y mi salud psíquica, en general, sufrieron una mejoría considerable. Empecé a reconocirme⁹⁹. A partir de aquí, se estableció un plan de reducción de la medicación antipsicótica que, en los años siguientes, sólo sería prescrita por cortos períodos de tiempo a raíz de nuevos episodios que necesitaron hospitalización. Manteniendo, durante una fase más larga, un tratamiento con estabilizadores del estado de ánimo y ocasionalmente también con ansiolíticos.

⁹⁸ “Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas esquizofrénicos”, especifica el informe.

⁹⁹ Hace tiempo que los especialistas en salud mental investigan la relación entre las alteraciones endocrinas y los trastornos mentales. Pero es en los últimos años cuando se ha podido constatar empíricamente que al tratar farmacológicamente el hipotiroidismo subclínico, mejoran o desaparecen los síntomas de algunos trastornos psiquiátricos. Ver las referencias bibliográficas del siguiente artículo del psiquiatra Ángel Daniel Corona: <http://www.aecat.net/2014/05/20/disfunciones-tiroideas-y-salud-mental/> Ver también Rivera, F. A., Sampson, S., & Sola, C. L. (2015). Laboratory evaluation of endocrine disorders in patients with neuropsychiatric symptoms. *Psychiatric Care of the Medical Patient*, 120.

“Whether an endocrine disorder is contributing to the presentation of neuropsychiatric symptoms is an important question for medical psychiatrists. It has long been known that hormonal disorders include cognitive, affective, and behavioural changes. [...]”

Monzani, F., Del Guerra, P., Caracciolo, N., Prunetti, C. A., Puccil, E., Luisit, M., & Baschieri, L. (1993). Subclinical hypothyroidism: neurobehavioral features and beneficial effect of L-thyroxine treatment. *The clinical investigator*, 71(5), 367-371.

En 2002, tras un retiro largo e intensivo de meditación *zen*¹⁰⁰, se desencadenó el segundo episodio agudo, que requirió también hospitalización. La Dra. Morales estableció entonces el diagnóstico CIE-10: F44.9 “trastorno disociativo”¹⁰¹. Durante mucho tiempo después, tras la recuperación de esta crisis, permanecí asintomática -o con sintomatología muy leve en algunas ocasiones- y sin tratamiento farmacológico, pero continuaron mis visitas regulares a la psiquiatra para recibir psicoterapia. En este tiempo logré retomar mis estudios universitarios, reincorporarme al mundo laboral y mantener una relación sentimental estable. De hecho, desde 2006 sólo había necesitado el apoyo de la psiquiatra en alguna ocasión puntual en la que, por ejemplo, no tuve capacidad suficiente para gestionar el excesivo estrés laboral al que estaba sometida¹⁰².

En diciembre de 2010 mi pareja y yo perdemos el trabajo y un mes después le detectan un cáncer en estado avanzado, falleciendo en octubre de 2011. A las pocas semanas de su muerte fui consciente de que algo no marchaba bien y de que no iba a ser capaz de soportar tanto dolor sin llegar a sufrir un nuevo proceso disociativo. Aunque ya no manteníamos visitas regulares, acudí a la Dra. Morales, que me recomendó ir al psicólogo de atención primaria de inmediato puesto que tenía una “necesidad urgente de ser escuchada”. Esa interconsulta fue solicitada por mi médica de familia quien, sin embargo, no percibió la urgencia¹⁰³. La cita con el psicólogo estaba programada para abril de 2012 pero, un mes antes, ingresaba de nuevo en el hospital. El diagnóstico establecido por el psiquiatra de planta fue esta vez “fuga disociativa” (CIE-10: F44.1).

Después del alta hospitalaria fui derivada a la Dra. Hernández, psiquiatra del centro de atención primaria que me corresponde, quien determinó que mi proceso de duelo no era patológico (por lo tanto, la visita al psicólogo ya no tenía

¹⁰⁰ En absoluto pretendo decir que esos retiros sean malos en general. De hecho considero que la persona responsable de mi entrenamiento, Concha Quintana, hace un gran trabajo. Pero en mi caso particular, al menos de momento, una semana intensiva de *zazen* y silencio está contraindicada para mi salud psíquica.

¹⁰¹ Como bien lo resume la psiquiatra, mi cerebro había aprendido a “desconectarse” ante situaciones traumáticas insostenibles o momentos de muchísimo estrés, mediante un proceso psíquico de disociación.

¹⁰² Trabajaba como educadora en un dispositivo de emergencia para menores extranjeros no acompañados.

¹⁰³ En su favor he de decir que, sin tener a mano todos los datos de mi historial psiquiátrico hospitalario y haciendo relativamente poco tiempo que me trataba, no era fácil descubrir en una corta consulta de atención primaria el estado real de mi salud psíquica.

sentido)¹⁰⁴, y con quien comienzo a trabajar sobre mi trastorno. Entre 2014 y 2015, ante situaciones de mucho estrés emocional sufro tres nuevos episodios, los dos primeros con ingresos hospitalarios cortos en el servicio de urgencias¹⁰⁵ y el último, más largo, en planta. En éste se diagnostica “trastorno disociativo en remisión actual” (CIE-10 F44.1).

Mi psiquiatra desaconseja la psicoterapia más allá de nuestras conversaciones en consulta, y ha ido corrigiendo el sesgo demasiado psicologizado o psicoanalítico que -en su opinión- estaba utilizando en mis explicaciones. Me recomienda que trate de vivir con normalidad las situaciones difíciles de la vida cotidiana. Que acuda a los amigos si necesito desahogarme. Por lo demás, su principal consejo para la vida diaria es mesura.

Respecto al tratamiento farmacológico estima oportuno mantener períodos de seguridad similares a los de cualquier enfermedad fisiológica grave, para evitar nuevas recaídas.

En cuanto a la gestión del estrés, indica mantener extrema vigilancia en los hábitos y la calidad de la alimentación y del sueño (detectando la más mínima alteración que pueda provocar efectos patológicos), así como practicar ejercicio físico a diario.

Para intentar atajar futuros episodios disociativos y evitar la cronificación definitiva, cree que el mejor entrenamiento cognitivo consiste en saber parar la mente a tiempo. “Es importante no dejarse llevar por los juegos del lenguaje de la mente y repetirse que cualquier pensamiento pasará”. Cuanto más objetivemos lo que se supone que son dimensiones subjetivas de los fenómenos mentales, en mejor

¹⁰⁴ Tal vez si hubiese podido mantener a tiempo algunas buenas conversaciones para mitigar mi dolor por el duelo (como aconsejó la Dra. Morales), el episodio disociativo de 2012 y el ingreso hospitalario no se hubiesen producido. Es cierto que nuestras sociedades han ido perdiendo capacidad para gestionar el duelo de forma humana y probablemente por ello ha derivado con bastante frecuencia en patología psíquica.

¹⁰⁵ Uno de los psiquiatras que me valoró entonces determinó, desde la primera consulta en urgencias, un diagnóstico diferente al que tenía, perteneciente a otra categoría, influenciado claramente por las entrevistas con mis familiares cercanos y por no haber revisado mi historial psiquiátrico (ya que su informe no especifica que fuese paciente psiquiátrica, ni el/los médico/s que me trataban, ni el diagnóstico establecido, salvo información parcial de lo que yo le comuniqué en la citada consulta de urgencias). Esto obligó a la Dra. Hernández a realizar, posteriormente, un procedimiento de diagnóstico diferencial. También por indicación suya, acudí de nuevo a la Dra. Morales en busca de una segunda opinión. No tuvo dudas respecto a este episodio: mi problema seguía siendo la disociación. De este incidente concluyo que es de vital importancia para el paciente psiquiátrico tratado en urgencias que se localice a su psiquiatra de cabecera, que es quien de forma más objetiva puede informar al psiquiatra de guardia sobre su trastorno. O, en su defecto, que se analice su historial médico antes de la entrevista para evitar errores diagnósticos de esta naturaleza que, sin duda, incrementan el estigma, confunden a la familia y retrasan el proceso de curación.

disposición estaremos para conocer y controlar esos fenómenos, y que no sean ellos los que finalmente nos controlen a nosotros.

Reitera que hay que evitar a toda costa nuevos ingresos hospitalarios que agraven el estigma que ya de por sí acarreamos los pacientes psiquiátricos: con respecto a nosotros mismos, a la familia (que se ve involucrada en una situación que la mayoría de las veces no sabe gestionar de la mejor manera) y a la sociedad.

Sin embargo, hasta la fecha ningún informe médico ha especificado un juicio diagnóstico CIE o DSM que explicita un trastorno disociativo vinculado al síndrome de estrés postraumático y/o a trauma por abusos sexuales en la infancia (puesto que mi caso no escapa a la estadística). Hace tiempo que soy consciente de haber padecido amnesia total durante un período significativo de mi vida respecto a los abusos sufridos. Aunque sabía que se trataba de un mecanismo cerebral de supervivencia, desconocía que pudiese tener una relación directa con la disociación. Además, tampoco había sido un tema fácil de verbalizar en las consultas psiquiátricas hasta hace relativamente poco tiempo. La sospecha de que mi memoria fotográfica pudiera estar jugándome una mala pasada respecto a los hechos en sí se diluye cuando constato que un familiar bastante cercano fue testigo de lo ocurrido en algunas ocasiones, aunque nunca lo comunicó¹⁰⁶. La elevada comorbilidad entre el trastorno disociativo y situaciones vitales demasiado estresantes, específicamente abusos sexuales en la infancia, parece estar avalada empíricamente, como ya vimos en el estudio de Bru, Santamaría, Coronas y Cobo (2009), y como exponen Robles, Páez y Marín (2011, 452):

Es bien sabido que la prevalencia de síntomas y trastornos disociativos (como de trastornos mentales en general) es también mayor en personas que han experimentado

¹⁰⁶ Además, el síndrome del falso recuerdo “carece de aceptación científica, no es validado por la comunidad científica internacional.” Ni el manual DMS ni la clasificación CIE lo reconocen. “Algunos investigadores nunca lo tomaron en serio porque su aparición se debió a intereses personales y nunca pudo ser probado.” El falso recuerdo está avalado principalmente por padres acusados de abuso sexual, sus abogados y peritos forenses, y es utilizado principalmente en el ámbito judicial “pero sin sustento en investigaciones psiquiátricas o médicas.”

Falsos recuerdos. (2016, 7 de septiembre). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: septiembre 12, 2016 desde

https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Falsos_recuerdos&oldid=93464034.

eventos vitales estresantes más potentes (p. ej., la guerra o el abuso físico o sexual) (Foote et al., 2006; Roca et al. 2006)¹⁰⁷.

Es de justicia destacar también otra cuestión que tampoco viene especificada en ninguno de mis informes médicos pero que ha sido fundamental en la resolución de mi problema: lo extremadamente empática que es la Dra. Morales y lo necesariamente escéptica que es la Dra. Hernández. Ambas, además, comparten una profunda ética humanitaria, una gran profesionalidad y una capacidad extraordinaria para desarrollar con éxito su vocación.

5.4. La disociación según el materialismo ilustrado que defiende K. Evers

Afirma Evers (2010, 122) que el ser humano es un *animal disociativo* porque todo el tiempo está tratando de evitar situaciones que le desagradan. La disociación en sí no es una mala adaptación, sino todo lo contrario: “una función adaptativa importante, una baza evolucionaria precisa que nos permite sobrevivir a acontecimientos que de otro modo seríamos incapaces de soportar”. Ahora bien, llevada al extremo, esta función se vuelve patológica, por ejemplo cuando una persona desarrolla un trastorno identitario disociativo, según la clasificación del DSM-IV –puntualiza la neurofilósofa sueca.

¹⁰⁷ Robles, Páez y Marín (2011). “Trastornos disociativos”, en Caballo, Salazar y Carrobes (Coord.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide, 445-465.

“Experiences and symptoms of dissociation can range from the more mundane to those associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) or acute stress disorder (ASD) to dissociative disorders” Ver Steiner, H.; Carrion, V.; Plattner, B.; Koopman, C. (2002). "Dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder: diagnosis and treatment". *Child and Adolescent Psychiatric Clinics North America*. 12: 231–249.

En la discusión para la agenda del DSM-5 éste era un tema aún por resolver: “Mirroring this complexity, it is still being decided whether the DSM-5 will group dissociative disorders with other trauma/stress disorders” Ver Brand, Bethany L.; Lanius, Ruth; Vermetten, Eric; Loewenstein, Richard J.; Spiegel, David (2012). "Where Are We Going? An Update on Assessment, Treatment, and Neurobiological Research in Dissociative Disorders as We Move Toward the DSM-5". *Journal of Trauma & Dissociation*. 13 (1): 9–31. doi:10.1080/15299732.2011.620687. PMID 22211439.

Ver también Dissociative disorder. (2016, July 22). In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved: August 17, 2016, from

https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Dissociative_disorder&oldid=730969153

Finalmente, en el apartado “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” del DSM-5, simplemente se añade, en el diagnóstico “309.81 (F43.10) trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años”, “especificar si: Con síntomas disociativos”. Ver American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.

Desde ese enfoque naturalista, la fuga disociativa podría ser considerada un síntoma de adaptación evolutiva si se entiende como una reacción de huida frente a una situación amenazadora en la que la persona siente que está indefensa ante el supuesto agresor, si no fuera porque en ocasiones esta conducta puede estar inducida por miedos aparentemente ilógicos relacionados con viejas heridas traumáticas. Aun en este caso, ¿podría considerarse como un síntoma adaptativo relacionado con la capacidad de anticipación del sistema nervioso?

La teoría materialista ilustrada que propone Evers (69-71) se fundamenta en cuatro premisas: i) una concepción evolucionista de la conciencia; ii) una comprensión adecuada de la experiencia subjetiva por autoobservación o información objetiva de laboratorio; iii) el cerebro, igualmente perfeccionado en el transcurso de la evolución-desarrollo, es un órgano plástico influido constantemente por el contexto; y iv) las emociones son la base de la conciencia. El materialismo ilustrado está basado “en un modelo del cerebro que se opone a la vez al dualismo y al reduccionismo ingenuo”. En definitiva, “la persona neuronal está verdaderamente *despierta*, en el sentido más profundo del término”.

La conciencia despierta permite entender que nuestro cerebro emocional tiene una función prioritaria de supervivencia evolucionada. Ese yo abstracto que es consciente del interés por sí mismo también lo interpreta Evers como una necesidad de control sobre su contexto inmediato. Las necesidades de familiaridad, seguridad y preferencias por lo conocido de los humanos así lo demuestran. Este deseo de control es “una *segunda* preferencia innata del cerebro emocional”. Es lo que permite relajarse frente a posibles amenazas y preservar el sentido integrado del yo. Ahora bien, si el entorno ambiental y personal inmediato resulta extremadamente perturbador y se tiene la sensación de estar amenazado, el ser humano “posee un mecanismo de defensa que termina por ponerse en marcha: la disociación.” Esta necesidad disociativa de trascendencia –en la terminología de Evers- es una tercera tendencia preferencial del cerebro emocional y “una condición necesaria para que un organismo emocional y consciente de sí pueda consolidar un sentido integrado de sí mismo y sea capaz de sobrevivir a su propia inteligencia” (120-121)¹⁰⁸.

¹⁰⁸ Evers (2010, 122-123) utiliza el término disociación porque lo considera más adecuado que desconexión o distancia. Aunque aclara que la acepción del término no equivale totalmente a como es utilizado en psiquiatría o en neuropsicología, sí considera que todas sus definiciones tienen un nexo en

Ahora bien, desde el materialismo ilustrado ni siquiera se acepta la disociación débil, entendida como actitud intelectual y emocional, de la misma manera que tampoco acepta la “disociación dualista del espíritu y la materia, la disociación conductista de la ciencia y de la conciencia, la disociación cognitivista del espíritu por un lado y de las emociones y del cerebro biológico por el otro, la disociación científica del libre albedrío y una disociación que no es tan fácil de identificar entre el yo como agente libre y responsable por un lado y lo no consciente por el otro” (125).

Entonces, ¿cómo podemos interpretar la función disociativa de un modo positivo y aceptable para el materialismo ilustrado? “La fuerza motriz no disociativa del materialismo ilustrado consiste en buscar *principios-puente* que unan diferentes niveles de explicación y diferentes tipos de conocimientos sobre el espíritu y el cerebro humanos, y que *unifiquen* nuestra comprensión de la conciencia como una función del cerebro cuyo desarrollo y funcionamiento se efectúan en un entorno natural, social y cultural” (*Ibid.*).

En el caso particular de uno mismo, propone Evers (158-164) “llegar a una *concepción de sí no disociativa*”, reduciendo el problema de la disociación a la no aceptación de nuestra finitud. Debemos comprendernos como *criaturas socioneurales* e integrar esa imagen de nosotros mismos de un modo constructivo, tanto individual como socialmente. El “cientificismo” no ayuda al éxito de ese objetivo porque tiene una concepción de la naturaleza o de la psicología humana “irrealista”, al ignorar que existe esa necesidad humana de trascendencia o “necesidad fundamental de misticismo, de lo excelso, de comunión, de rituales, etc.”. Lo que denomina Evers como “las nuevas ciencias del espíritu” –a las que considera “psicófilas”- sí serían, sin embargo, un fundamento científico fructífero para desarrollar -en parte gracias a la neuroética-, una imagen neurocultural de nosotros mismos en la que la razón y las pasiones se vuelvan más cooperativas.

común, esto es, “denotan una función, un estado o una personalidad, que en cierto modo está *disociado* (fisiológica, emocional o intelectualmente) de otras funciones, estados o personalidades”. En función de esta hipótesis, defiende una concepción de “disociación” como “un modo de desconectarse activamente de una experiencia desagradable”. Se trataría de un proceso en el cual la asociación habitual o esperada de información (la entrante, la procesada, con la saliente) en el individuo no ocurre, sino que se produce un desvío ilógico en la respuesta motora o cognitiva del mismo. Evers refiere a la definición de Putnam (1989, 9): es “un proceso normal, que un individuo utiliza, originalmente de manera defensiva, para hacer frente a experiencias traumáticas”.

Considero que Evers tiene razón en cuanto a su propuesta de principios-puente que permitan teorizar la conciencia de modo que entendamos mejor cómo funciona nuestro cerebro en un contexto natural, social y culturalmente dinámico. Esos principios-puente podrían ser perfectamente una especie de lenguaje de contacto que permita la comunicación entre los paradigmas de las distintas disciplinas, como ya vimos que plantea Cooper para la psiquiatría. No creo, sin embargo, que la perspectiva científica no ayude a lograr una imagen no disociativa de nosotros mismos porque tenga una concepción “irrealista” de la naturaleza humana al ignorar esa supuesta necesidad humana de “trascendencia, misticismo o rituales” -como ella opina-.

El materialismo ilustrado que propone Evers es enormemente atractivo para ser utilizado como teoría preferente en epistemología, pero situarse en este enfoque significaría –según concluyo de sus comentarios- correr un riesgo innecesario que nos haría caer en un dualismo escandaloso, al afirmar la existencia de un mundo espiritual aparte del mundo físico. Sin negar que puede tener connotaciones evolutivas adaptativas, el hecho de que los individuos y los grupos humanos puedan necesitar rituales –como también ocurre en el mundo animal- para su mejor acomodo intrapsíquico o social, no significa que, al menos en los humanos, esas prácticas no sean en absoluto síntomas de alguna disfunción individual o de las relaciones colectivas¹⁰⁹. Y eso es una interpretación científica realista, a mi juicio.

Pero volviendo al tema de la disociación, insisto en reflexionar sobre la misma cuestión: la disociación, aunque fuera inducida por miedos aparentemente irracionales, ¿podría considerarse como un síntoma adaptativo relacionado con la capacidad de anticipación del sistema nervioso? O, planteando la misma pregunta de otra manera, ¿es positivo para el individuo experimentar episodios disociativos agudos, más allá de que podamos considerarnos animales disociativos?

Robles, Páez y Marín (2011, 445), en su introducción al capítulo dedicado a los trastornos disociativos, afirman lo siguiente:

Visto el fenómeno como un continuo, todos podríamos presentarlo en alguna medida cuando fracasan nuestras estrategias de enfrentamiento a un suceso vital estresante o grave. Se ha argumentado que la disociación podría ser entendida como una

¹⁰⁹ Es una hipótesis que ya hemos planteado en otros trabajos de investigación en antropología. Fleitas Morales (2009). *Músicas y danzas. Ritual de la Bajada (El Hierro- Islas Canarias)*.

forma evolutiva de afrontar adaptativamente un evento traumático, (...) sin embargo, el uso crónico de este mecanismo como forma única (o casi única) de lidiar con el trauma puede ocasionar fallos importantes en el procesamiento cognitivo y emocional, afectando al bienestar y, en casos graves, generando incluso conductas suicidas.

Resultaría extraordinariamente exótico reducir mi caso clínico a un trastorno disociativo de trance, por ejemplo, puesto que algunos episodios se han desencadenado después de retiros intensivos de meditación o porque mi interés en el estudio del hecho religioso y del ritual, supuestamente, me han permitido desarrollar esa “cualidad” disociativa para entender mejor otros mundos posibles. Pero no sería honesto centrar mi investigación en esa hipótesis. Entrar en ese terreno pantanoso no nos traería consecuencias positivas, en primer lugar, porque estaríamos ignorando aspectos fundamentales de mi historia clínica y de mi biografía y, en segundo lugar, porque estaríamos utilizando de manera sesgada la teoría psiquiátrica. Adoptar este enfoque nos situaría en un paradigma opuesto al científico. Y practicar ciencia es lo que me he propuesto hacer en el marco de este trabajo.

Es verdad que los estados alterados de conciencia pueden dar, a la persona que los experimenta, la impresión de estar transitando por un camino mental etéreo, como por una especie de realidad discursiva paralela al sentido común y oculta al común de los mortales, que redundará en un mayor crecimiento personal o nos ayudará a comprender mejor los “misterios” de la vida, como la propia muerte, por ejemplo. Pero precisamente por eso, y sin entrar a valorar la calidad de las citadas experiencias, es tan importante para el equilibrio psíquico volver una y otra vez a la filosofía de la ciencia y, especialmente, al método científico y a la aplicación de la estrategia reduccionista en la investigación de uno mismo, siguiendo una ontología claramente monista¹¹⁰.

En mi opinión, la filosofía del lenguaje podrían ser de utilidad en algún momento, con posterioridad, pero sólo desde un enfoque analítico, asumiendo un

¹¹⁰ “Gold and Gold (2014, p.163-66) for example, suggest that many delusions and other psychotic symptoms may reflect a malfunctioning “Suspicion System” that has evolved to detect and monitor social threats. If such a system exists it is not directly observable, but its components should be open to observation and manipulation via the standard methods of the cognitive sciences. Psychiatry, like many sciences, deals in hidden variables or hypothetical causal structures, but it is not helpful to think of these as unobservable in the traditional sense.” Murphy, D., “Philosophy of Psychiatry”, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2015 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/psychiatry/>>.

reduccionismo metafísico y adecuando nuestras hipótesis epistémicas a la teoría eliminativista. En estos casos es importante comprender, pero es más importante explicar, para poder salir de la complicada situación en la que nos deja el estado alterado de conciencia y volver a la normalidad lo antes posible. Es por esto por lo que esencialmente coincido con P. S. Churchland (2001, 266) cuando afirma que el paradigma de la filosofía del lenguaje tal vez sea un campo de conocimiento insuficiente para abordar de forma científica los problemas de la conciencia y, en cambio, la estrategia reduccionista¹¹¹ permite volver una y otra vez a un lugar seguro cuando las nuevas hipótesis que van surgiendo nos sitúan frente a un abismo experimental ciertamente cuestionable. Y, en este caso particular, un lugar seguro es el reconocimiento de que los episodios disociativos son un trastorno que causa mucho sufrimiento. Y el dolor es algo tan real como las respuestas neurobiológicas al estrés, por ejemplo, aunque a veces sea tan difícil de descifrar como compleja es la psiconeuroendocrinología.

Por consiguiente, no estoy de acuerdo con la afirmación de que el eliminativismo es ingenuo, psicóforo y además está desfasado, como expresa Evers en el capítulo primero de su libro, “Cuando la materia se despierta. El espíritu abierto y sus enemigos”, y especifica en la introducción (2010, 15) :

¹¹¹ “I am convinced that the right strategy for understanding Psychological capacities is essentially reductionist, by which I mean, broadly, that understanding the neurobiological mechanisms is not a frill but a necessity. [...] Adopting the reductionist strategy means trying to explain the macro levels (Psychological properties) in terms of micro levels (neural network properties). [...] In so far as I am trying to discover macro-to-micro explanations, I am a reductionist.

[...] I do *not* mean that a reductionist research strategy implies that a *purely bottom-up strategy* should be adopted. [...] Moreover, given that neuronal behavior is highly nonlinear, the network properties are *never* a simple “sum of the parts”. They are some function –some *complicated* function- of the properties of the parts. High-level capacities clearly exist, and high-level descriptions are therefore needed to specify them.

Wherefore eliminative materialism, then? Because the existing characterization of the human brain’s high-level capacities, embodied in what, for want of a better term, is referred to as “folk psychology”, may well be reconfigured as time and cognitive neuroscience proceed. This too is an empirical hypothesis, and one for which empirical support already exists. Reconfiguration is already underway for such categories as “memory”, “attention” and “reasoning”.

[...] The possibility of nontrivial revision and even replacement of existing high-level descriptions by ‘neurobiologically harmonious’ high level categories is the crux of what makes eliminative materialism *eliminative*.”

Churchland, P. S. Can Neurobiology Teach As Everything about Consciousness? En Block, N. J., Flanagan, O. J., & Güzeldere, G. (1997). *The nature of consciousness: Philosophical debates*. MIT press. 127-140.

Para comprender mejor la polémica sobre la cuestión de la conciencia entre el realismo científico de P. S. Churchland y el instrumentalismo conductista de D. Dennett, ver también Goldman A. I. (*Ibid.*, 110- 126) y Churchland, P. S., & Ramachandran, V. S. (1994). Filling in: Why Dennett is wrong. *Consciousness in philosophy and cognitive neuroscience*, 65-91.

Las teorías científicas de la naturaleza y del espíritu humanos ocasionalmente cayeron en dos trampas mayores en el curso de los siglos XIX y XX: el desvío ideológico y la psicofobia, sobre todo en la forma del eliminativismo y el cognitivismos ingenuos. Mostraré que la neuroética debe establecerse sobre los fundamentos científicos y filosóficos sanos del materialismo ilustrado con el objeto de evitarlos.

Porque, si para Evers un fundamento “sano” consiste en afirmar la realidad de algo así como el alma, el espíritu o la mente, independientemente de la materia, no entiendo en qué sentido puede considerarse fundamento del materialismo ni en qué sentido es ilustrado. Otra cosa sería decir literariamente que “la mente es el tejido cerebral cosido con hilos de tiempo” o afirmar que la neurofisiología del cerebro normal nos ha enseñado que “no hay un pensamiento “frío” por un lado (razonamiento) y un pensamiento “caliente” (sentimientos y emociones) por otro”, como afirma el neurólogo F. Mora¹¹².

6. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones a partir del caso clínico

Como recomiendan las guías y los manuales, la realización de una buena entrevista al paciente –no únicamente a sus familiares o allegados- resulta imprescindible para minimizar errores diagnósticos. Y una buena entrevista a una persona en crisis disociativa no puede realizarse en una única consulta. Además, se ha podido comprobar que es tremendamente difícil para los buenos profesionales disponer de tiempo suficiente para interrogar, transcribir e interpretar la información de las entrevistas, de modo que queden reflejados todos los detalles en la historia clínica para su correcto uso por parte de otros médicos que deban tratar el caso clínico en un futuro. El establecimiento de juicios diagnósticos lo más ajustados posible a la realidad es una cuestión de vital importancia en psiquiatría, por lo tanto sería deseable que paciente y

¹¹² Mora, F. (2014). *El reloj de la sabiduría*. Alianza Editorial. Ver también la entrevista publicada en 2011: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/entrevista-al-dr-francisco-mora-2/>.

psiquiatra sintieran que está en manos del profesional toda la información necesaria para no cometer fallos en este sentido.

Tenga o no reminiscencias freudianas y aunque esté sustentada en una ley estadística únicamente, la clasificación del trastorno disociativo asociado al síndrome de estrés postraumático y/o a abusos en la infancia¹¹³ me sigue pareciendo más adecuada que la alternativa propuesta desde la ciencia cognitiva. La psicología cognitiva califica este enfoque como “convencional”¹¹⁴ y defiende una alternativa causal para el trastorno (esto es, errores de memoria relacionados con ciclos inestables de sueño-vigilia, fallos cognitivos, problemas en el control de la atención y dificultades para distinguir la realidad de la fantasía). Esta alternativa no me resulta plausible. Creo que la psicología cognitiva comete un error característico en la aplicación de la perspectiva funcionalista en medicina psiquiátrica, a saber, confundir signos, síntomas y/o causas desencadenantes del trastorno con causas originales del mismo. En mi opinión, el modelo socio-cognitivo puede ser útil a la hora de resolver los casos clínicos, sobre todo en el diseño de los tratamientos psicoterapéuticos, pero no para los diagnósticos. Considero que el modelo psiquiátrico o “modelo postraumático” –como Lynn y sus colegas lo definen- es radicalmente más preciso en la diagnosis, más adecuado para decidir los tratamientos farmacológicos e imprescindible para poner en práctica un vía de resolución filosófica.

Sostengo que, aunque una persona que ha sufrido una disociación patológica necesita urgentemente comprender(se), es más importante que logre explicar(se) qué ha pasado, por qué y cómo ha ocurrido la desconexión. Como se podrá suponer, un paciente disociado necesita salir cuanto antes de la complicada situación en la que se encuentra, volver a la normalidad y retomar las riendas de su vida, mitigando

¹¹³ Como ya vimos en el estudio de 2009 en población española: “La presencia de traumas sexuales en la infancia sí se correspondía con una presencia comórbida significativamente mayor de fuga disociativa, trastorno de conversión y de trastornos afectivos ($\chi^2 = 0,05$), pero no con la presencia de trastornos de ansiedad o de un diagnóstico clínico de trastornos de la personalidad en el momento de la valoración”. Taulí, C. S. P. (2009, 202).

¹¹⁴ “Conventional wisdom holds that dissociation is a coping mechanism triggered by exposure to intense stressors. Drawing on recent research from multiple laboratories, we challenge this prevailing posttraumatic model of dissociation and dissociative disorders. Proponents of this model hold that dissociation and dissociative disorders are associated with (a) intense objective stressors (e.g., childhood trauma), (b) serious cognitive deficits that impede processing of emotionally laden information, and (c) an avoidant information-processing style characterized by a tendency to forget painful memories.” Lynn, S.J. et al. (2012). “Dissociation and dissociative disorders: challenging conventional wisdom”. *Current Directions in Psychological Science*. 21(1): 48–53. doi:10.1177/0963721411429457

el trauma, el estigma y la dependencia. Pero si sólo se conforma con comprender(se) y desconoce el mecanismo del proceso, será muy difícil que desarrolle herramientas para evitar nuevos episodios. Al contrario, si además es consciente de que hay un problema que debe tener solución, entonces se sentirá motivado para abordar la explicación de la disociación y desarrollará sus propias fórmulas para controlarla. El realismo científico y el reduccionismo metodológico facilitarán esos objetivos. El enfoque cognitivo-computacional puede servir más adelante, para tratar de desentrañar la lógica de los juegos de lenguaje de la mente que han incrementado las posibilidades de desconexión.

Para coadyuvar en el trabajo psicoterapéutico, es muy útil que el paciente adopte un punto de vista consecuente con la teoría eliminativista de la filosofía de la mente aplicando, hasta donde le sea posible, el método científico y la estrategia reduccionista en la investigación filosófica de sí mismo. El ejercicio de empatía y el enfoque hermenéutico es mejor dejarlo en manos del médico especialista.

Presumo que el pronóstico de otros muchos pacientes psiquiátricos también ha evolucionando en estas dos últimas décadas en la misma medida que la ciencia psiquiátrica ha ido avanzando y que la psicofarmacología ha mejorado las drogas. Si un tratamiento farmacológico es imprescindible, perfecto, para eso están las medicinas. Pero si para ayudar a superar determinados trastornos mentales existen terapias complementarias que, con el tiempo, pueden ser alternativas a las potentes drogas psiquiátricas (como la psicoterapia dinámica, hábitos saludables de alimentación y de sueño, ejercicio físico, entrenamiento filosófico, por citar algunos posibles ejemplos), los profesionales de la salud mental deberían poder contar con tiempo suficiente y con apoyo auxiliar para poner en práctica estas alternativas con sus pacientes.

Asimismo, opino que los pacientes de larga duración deberían tener una actitud proactiva y responsable respecto de la propia salud, reclamando del especialista toda la ayuda necesaria para trabajar otros recursos terapéuticos y para ir ganando autonomía en el manejo de los medicamentos. Es cierto que un problema recurrente al que se enfrentan los profesionales de la salud mental es la dificultad de la adherencia al tratamiento farmacológico, pero no podemos perder de vista que la relación entre los médicos y la industria farmacéutica es siempre controvertida. En el

caso de la psiquiatría, el peligro de la patologización de problemas comunes y el riesgo de la hipermedicalización, son ya una realidad.

El trastorno disociativo está íntimamente relacionado con el problema filosófico de la conciencia. Como decía P. S. Churchland en 2001, podemos enfrentarnos a la conciencia desde un halo de misterio –enfoque esotérico- o desde el ansia de conocimiento –enfoque exotérico-. Podemos hacerlo con una actitud contemplativa (“oscura”) o con una actitud científica. Si somos científicos y optamos por la primera vía, llegaremos a concluir una dicotomía: o bien la conciencia es algo misterioso, o bien ni siquiera es. Si escogemos la segunda vía, abordaremos la cuestión de la conciencia (o del trastorno disociativo –añado) como un problema con probabilidad resolutive, por mucho esfuerzo y dedicación que ello nos exija.

6.2. Conclusiones generales

Efectivamente parece mostrado que la psiquiatría es una ciencia, pero también es un arte, como el mismo código ético de los psiquiatras reconoce. Además es un arte de curación bastante útil, a pesar de contar con críticos y detractores. Como en todas las profesiones, hay buenos y malos psiquiatras. La evolución de la teoría y de la clínica psiquiátrica dependerá precisamente de los buenos profesionales (que, sin duda, son la mayoría) y de su labor investigadora. Desde mi punto de vista, un psiquiatra nunca debe posicionarse en un enfoque dualista a la hora de realizar una investigación, aunque pueda utilizar la perspectiva dualista para entender mejor y tratar a sus pacientes.

A falta de profundizar más en este problema ontológico, de momento la definición de trastorno propuesta por Reznek y Cooper me parece adecuada. De modo que admito que los trastornos mentales existen básicamente en función del sufrimiento que generan¹¹⁵. También creo que la noción de Hacking de trastorno mental transitorio asociada a la idea de nicho ecológico es bastante acertada. Para la práctica

¹¹⁵ Aunque ponga en práctica una estrategia metodológica reduccionista y asuma epistemológicamente la teoría eliminativista respecto a los estados mentales (los estados mentales no existen), ontológicamente es importante la categorización de los trastornos mentales para abordar tratamientos y para poder descifrar los mecanismos de las enfermedades y los mecanismos del comportamiento y de los trastornos psiquiátricos. Ya lo decía Mardomingo (2008, 176), que éste iba a ser uno de los principales retos de la psiquiatría del siglo XXI.

clínica, una buena definición de los trastornos mentales y su correcta clasificación en diferentes categorías atendiendo a si son clases naturales o no, son imprescindibles en una triple dirección: para facilitar y agilizar la labor de los profesionales, para que el paciente pueda reconocer su trastorno y trabaje sobre él, y para que la seguridad social pueda discriminar unos trastornos de otros a la hora de evaluar una posible invalidez psíquica.

El manual de cabecera de los profesionales de salud mental, el DSM (conocido popularmente como la “biblia” de los psiquiatras), no ha resultado ser la mejor forma posible para clasificar los trastornos mentales, a pesar de que en la práctica clínica se haya hecho indispensable –como afirma Cooper. El DSM-5, su última edición, debe ser revisado en profundidad. Este es un debate que empezó mucho antes de su publicación¹¹⁶ y que está muy vivo en la actualidad. Hace tiempo que se vienen aportando ideas sobre qué hacer con un manual que parece más enfocado a beneficiar a la industria farmacéutica que a los propios pacientes psiquiátricos facilitando la labor de los profesionales.

Con Frances, Hyman, Cooper y K. Browne hemos visto críticas constructivas desde la neurología, la filosofía de la ciencia, la bioética y la propia psiquiatría: volver a reagrupar en pocos ejes todas las psicopatologías del DSM-IV en función de las hipótesis neurobiológicas y las hipótesis genéticas más convincentes, con el objetivo de facilitar la práctica clínica y minimizar la estigmatización del paciente; que los pacientes estén alerta ante el exceso de patologización y la hipermedicalización de la vida corrigiendo por sí mismos algunas conductas para aumentar su capacidad adaptativa a la hora de afrontar el estrés; que los profesionales de la salud mental practiquen una clínica basada en la simulación de casos, promuevan la comunicación interparadigmática y mejoren la metodología de sus investigaciones de modo que estén libres de valores e intereses; que una gran variedad de profesionales de distintas disciplinas (bioéticos, sociólogos, filósofos de la psiquiatría, antropólogos, etc.) y gente procedente de diferentes contextos, con diferentes valores, hipótesis, experiencias de vida y formación (mujeres, jóvenes, pobres, personas no blancas, personas sin intereses académicos, etc.), intervengan en la discusión sobre la revisión del DSM-5; son algunas

¹¹⁶ Las recomendaciones en las agendas previas al DSM-5 sobre la inclusión de estudios antropológicos y de género ya avisaba de los importantes sesgos que este manual podía tener.

de las más interesantes. Cooper (2014)¹¹⁷ también apuesta por la participación de los pacientes en la revisión del DSM-5.

Modestamente, también he participado en el debate defendiendo la importancia de la filosofía práctica aplicada a la clínica psiquiátrica, atreviéndome a proponer un tratamiento filosófico complementario a los tratamientos farmacológico y psicoterapéutico, para el caso del trastorno disociativo. La base metodológica de ese ejercicio sería la estrategia reduccionista y la perspectiva a adoptar el eliminativismo, frente a la explicación híbrida y a las perspectivas biopsicosocial y hermenéutica normalmente utilizadas por los psiquiatras¹¹⁸. La teoría materialista ilustrada que adopta Evers podría ser un enfoque epistemológico muy atractivo para plantear dicho procedimiento filosófico, sin embargo, creo que aún tiene algunos sesgos dualistas que deben ser revisados.

Veo también la necesidad de una guía filosófica para la clínica psiquiátrica que cuente con la colaboración de los pacientes. Esta propuesta parece ir en la línea de lo promulgado por *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (2013, 2): “Our view as we will indicate is that, taken together, the twin pressures of the new neurosciences and of the service user voice make the twenty-first century potentially the best scientific times for Psychiatry”¹¹⁹.

La idea de que el paciente debe ser corresponsable de su propio proceso de curación es la tesis que ha guiado todo el trabajo. Esta es la razón por la cual he decidido incluir mi historia clínica y elaborar conclusiones a partir de ella. Afortunadamente, como exponen Casado y Saborido (2010), el enfoque normativista va ganando espacio al modelo de relación asistencial que se estableció en medicina a lo largo de los siglos XIX y XX en nuestras sociedades occidentales.

¹¹⁷ *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cap. 3: “Controversies of process: transparency and patient involvement” (21- 30).

¹¹⁸ Auque Ghaemi (2010), *The Rise and Fall of the Biopsycosocial model*, muestra cómo el papel histórico del modelo biopsicosocial, que surgió como una reacción al reduccionismo biomédico, está llegando a su fin. En 2007, *The Concepts of Psychiatry: A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness*, ya proponía la adopción de una perspectiva pluralista para la práctica psiquiátrica, adoptando la filosofía como herramienta indispensable para una psiquiatría más humanista.

¹¹⁹ Aunque en la introducción del manual sus editores reconocen que está escrito principalmente por filósofos para filósofos, también advierten que su página web ofrece una amplia y original colección de narrativas personales de investigadores usuarios/supervivientes del sistema de salud mental. El propio capítulo 51 del libro está escrito por Owen Flanagan desde su perspectiva como “experto por experiencia”. Ver <http://global.oup.com/booksites/content/9780199579563/>.

Finalmente, quisiera plantear una reflexión compartida con la Dra. Hernández.

No parece que vayan a ser malos tiempos para la filosofía científica. La investigación en neurociencias nos está situando en un escenario revolucionario y propicio. Hay mucho trabajo que hacer para preparar a las nuevas generaciones en la gestión y la comprensión filosófica de sus cerebros.

Para ello, y dado que la política educativa le está cerrando puertas a la disciplina, es necesario que los eruditos salgan extramuros. Porque, no solo los jóvenes, también los profesionales de la salud mental y los ignorantes pobres y trastornados mentales necesitamos la ayuda de los filósofos. Tanto como la teoría psiquiátrica necesita incluir el punto de vista de los pacientes para seguir siendo ciencia.

Y la mejor manera que se nos ocurre de hacer efectiva esa ayuda es procurar que el lenguaje filosófico sea inteligible, o cuanto menos desarrollar un tipo de lenguaje de contacto que permita el uso práctico de los conocimientos filosófico-científicos por los profesionales de otras disciplinas.

De no ser así, tendremos que volver la mirada hacia los directores espirituales y las teologías, para tratar de dar una explicación a nuestros problemas existenciales, y seguir haciendo uso de la psicología popular por otros veinticinco siglos más, si es que la especie sobrevive¹²⁰.

¹²⁰ “Admitir que una filosofía de la ciencia que se haya liberado del prurito cientifista debe de partir de un estudio previo de la axiología de la ciencia, antes de llegar a la metodología o a la epistemología, implica aceptar que existen valores muy generales que priman sobre casi toda la praxis científica, incluida la producción de nuevo conocimiento. Entre dichos criterios axiológicos cabe anticipar los siguientes:

1. Los resultados de la actividad científica deben ser públicos, tarde o temprano, y no sólo privados.
2. Los resultados de la actividad científica deben ser comunicables y enseñables.
3. El saber científico debe ser accesible a cualquier ser humano, previa educación.
4. La objetividad prima sobre la subjetividad. O si se prefiere, la ciencia debe ser objetiva.
5. En la medida de sus posibilidades, los científicos deben tratar de mejorar lo logrado por sus predecesores.

(...) En la medida en que estos y otros valores dejen de estar vigentes socialmente, la ciencia podría desaparecer, o cuando menos verse relegada a una marginalidad social, como sucedió en Europa a lo largo de muchos siglos y como ha sucedido y sucede en otras muchas culturas.” Echeverría, J. (2002). *Ciencia y valores*. Barcelona: Destino.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ, J. F., TEIRA, D. Y ZAMORA, J. (2005). *Filosofía de la ciencias sociales*. Madrid: UNED.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.

ARMERO, J. C. (1993). La semántica de Frege. *Éndoxa*, 2, 141-151. UNED.

- (1997). Los argumentos lingüísticos de Kuhn. *Éndoxa*, 9, 125- 137.
- (1999). Naturalización y relativismo epistemológico. *Éndoxa*, 11, 81- 100.
- (2005). El regreso del experimentador y la metodología de las cajas negras. *Éndoxa*, 19, 343- 358.
- (No publicado). Traducción de Van Gulick, R. "Consciousness", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2014 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/spr2014/entries/consciousness/>>.

BOLÍVAR BOTÍA, A. (2002). "¿ De nobis ipsis silemus?": Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *Revista electrónica de investigación educativa*, 4(1), 01-26.

BICKLE, J. (2016). "Multiple Realizability", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2016 Edition), Edward N. Zalta (ed.),

URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/spr2016/entries/multiple-realizability/>>

BILETZKI, A. & MATAR, A. (2016). "Ludwig Wittgenstein", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2016 Edition), Edward N. Zalta (ed.), forthcoming
URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2016/entries/wittgenstein/>>.

BRAND, B. L. ET AL. (2012). "Where Are We Going? An Update on Assessment, Treatment, and Neurobiological Research in Dissociative Disorders as We Move Toward the DSM-5". *Journal of Trauma & Dissociation*. 13(1): 9–31.

BUNGE, M. A. (2012). *Filosofía para médicos*. Gedisa.

CABALLO, V. E., CARROBLES, J. A. & SALAZAR, I. C. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

CASADO, A., & SABORIDO, C. (2010) Cultura bioética y conceptos de enfermedad: el caso House. *Isegoría*, 42, 279-295.

COOPER, R. (2004). What is Wrong with the DSM?. *History of Psychiatry*, 15(1), 5-25. Doi: 10.1177/0957154X04039343.

- (2005). *Classifying madness. A philosophical examination of the diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 86). Dordrecht: Springer.
- (2007). *Psychiatry and Philosophy of Science*. Stocksfield: Acumen
- (2014). *Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. London: Karnac Books.
- (2016). *Commentary on "A role for philosophers, sociologists and bioethicists in revising the DSM"*, (Accepted for publication in *Philosophy, Psychiatry and Psychology*), disponible en <http://eprints.lancs.ac.uk/76429/>

CORONA, A. D. (2014) *Disfunciones tiroideas y salud mental*. Disponible en <http://www.aecat.net/2014/05/20/disfunciones-tiroideas-y-salud-mental/>

CHURCHLAND, P. S. (1989). *Neurophilosophy: Toward a unified science of the mind-brain*. MIT press.

- (1997). Can Neurobiology Teach As Everything about Consciousness? En Block, N. J., Flanagan, O. J., & Güzeldere, G. *The nature of consciousness: Philosophical debates*. MIT Press. 127-140.
- (2001). ¿Puede la neurobiología enseñarnos algo sobre la conciencia? *Contrastes*. Suplemento, 259-289.
- (2002). Consciousness. En *Brine-Wise. Studies in Neurophilosophy*. (pp. 127-199). U.S.A.: MIT
- (2008). The impact of neuroscience on philosophy. *Neuron*, 60(3), 409-411.
- (2011). Entrevista. Disponible en <http://www.youtube.com/watch?v=bb16seEwB7Q>
- (2011). Documental breve. Disponible en <http://www.youtube.com/watch?v=ARzz2EqeV3s>
- (2011). *Braintrust. What Neuroscience Tells Us about Morality*. Princeton University Press.
- (2012). *El cerebro moral. Lo que la neurociencia nos cuenta sobre la moralidad*. Barcelona: Paidós.

CHURCHLAND, P. S., & RAMACHANDRAN, V. S. (1994). Filling in: Why Dennett is wrong. *Consciousness in philosophy and cognitive neuroscience*, 65-91.

CHURCHLAND, P. S., & SEJNOWSKI, T. J. (1992). The computational brain. *Cambridge, MA: MIT Press. 544pages, 29, 1665-1674.*

DE PSIQUIATRÍA, A. A. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. *Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría, 319.*

DE PSIQUIATRÍA, A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5.* Médica Panamericana.

DENNETT, D. D. (1992). *La conciencia explicada.* Disponible en <http://es.scribd.com/doc/135627684/Dennet-Daniel-La-Conciencia-Explicada-pdf#scribd>

- (2011). “My brain made me do it” (When neuroscientists think they can do philosophy). European University Institute: *Max Weber Lecture Series* (2011/1), 1-14.

DUPRÉ, J. (2006). *El legado de Darwin. Qué significa hoy la evolución.* Madrid: Katz.

ECHEVERRÍA, J. (2002). *Ciencia y valores.* Barcelona: Destino.

EVERS, K. (2015). Understanding the brain: Challenges for neuroethics. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 19(1). Disponible en

https://www.researchgate.net/publication/293193808_Understanding_the_brain_Challenges_for_neuroethics

- (2010). *Neuroética. Cuando la material despierta.* Madrid: Katz.

EVERS & SIGMAN (2013). Lectura de la mente. Una perspectiva neurofilosófica. *Recerca, 13, 43-62.*

FOOTE, B., SMOLIN, Y., KAPLAN, M., LEGATT, M. E., & LIPSCHITZ, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry.*

FRANCES, A. (2010). *Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V.* Disponible en <https://psiquiatrianet.wordpress.com/2010/04/19/criticas-al-dsm-v/>

- (2012). On the overdiagnosis of mental. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=yuCwVnzSjWA>
- (2013). Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia, 19(3), 14.*

- (2014) Entrevista. Disponible en http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html.
- (2014). Entrevista. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=e6M1cZow__4
- (2014). Abusos de la psiquiatría y algunas enfermedades inventadas. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=X_Agud751Bg
- (2014) *¿Somos todos enfermos mentales?* Madrid: Ariel.

FRANCES, A. ET AL. (1998). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S. A.

FULFORD, K. W. M., DAVIES, M., GIPPS, R., GRAHAM, G., SADLER, J., STANGHELLINI, G., & THORNTON, T. (Eds.). (2013). *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. OUP Oxford.

GHAEMI, N. (2007). *The Concepts of Psychiatry: A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness*. Baltimore: John Hopkins University Press.

GUTTENPLAN, S. (1994). *A Companion to the Philosophy of Mind*. London: Blackwell.

GUTTING, G. (2013). *Depression and the Limits of Psychiatry*. Disponible en <http://opinionator.blogs.nytimes.com/2013/02/06/the-limits-of-psychiatry/?hp>.

HACKING, I. (2001). *¿La construcción social de qué?* Barcelona: Paidós.

- (2002). How “natural” are “kinds” of sexual orientation? *Law and Philosophy* 21: 335- 347. doi:10.1023/A:1015524126549

HIERRO SÁNCHEZ-PESCADOR, J. (2005). *Filosofía de la Mente y de la Ciencia Cognitiva*. Madrid: Akal.

HYMAN, S. E. (2007). Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nature Reviews Neuroscience*, 8(9), 725-732.

- (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology*, 6, 155-179.
- (2014). Revitalizing psychiatric therapeutics. *Neuropsychopharmacology*, 39 (1), 220-229.

- KAYALI BROWNE, T. (2016). *A role for philosophers, sociologists and bioethicists in revising the DSM* (Accepted for publication in *Philosophy, Psychiatry and Psychology* in December 2017). Disponible en https://www.researchgate.net/publication/286018870_A_role_for_philosophers_sociologists_and_bioethicists_in_revising_the_DSM.
- (2016). *An Ethics Review Panel for the DSM: A Worthwhile Challenge*, (Accepted for publication in *Philosophy, Psychiatry and Psychology* in December 2017). Disponible en https://www.researchgate.net/publication/304146814_An_Ethics_Review_Panel_for_the_DSM_A_Worthwhile_Challenge
- KENDLER, K. S., ZACHAR, P. & CRAVER, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological Medicine*, 41, 1143–1150.
Doi: 10.1017/S0033291710001844
- KIRMAYER, L. J. & YOUNG, A. (1998). "Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives". *Psychosomatic medicine*, 60(4), 420-430.
- KUPFER, D. J., FIRST, M. B. & REGIER, D. A. (2004). *Agenda de investigación para el DSM-V*. Barcelona: Masson S. A.
- LATOUR, B., & WOOLGAR, S. (1995). *La vida en el laboratorio: la construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza Editorial.
- LEVIN, J. (2013). "Functionalism", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2013 Edition), Edward N. Zalta (ed.),
URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2013/entries/functionalist/>>.
- LYNN, SJ., ET AL. (2012). "Dissociation and dissociative disorders: challenging conventional wisdom". *Current Directions in Psychological Science*. 21(1): 48–53.
doi:10.1177/0963721411429457
- MONZANIL, F., ET AL. (1993). Subclinical hypothyroidism: neurobehavioral features and beneficial effect of L-thyroxine treatment. *The clinical investigator*, 71(5), 367-371.
- MARDOMINGO SANZ, M. J. (2002). *Psiquiatría para padres y educadores: ciencia y arte* (Vol. 91). Narcea Ediciones.

MORA, F. (2005). *Cómo funciona el cerebro*. Alianza Editorial.

- (2011). Entrevista. Disponible en <http://www.temasdepsicoanalisis.org/entrevista-al-dr-francisco-mora-2/>.
- (2014). *El reloj de la sabiduría*. Alianza Editorial: Madrid.
- (2015). Neuroculture: A new cultural revolution? *Art, Aesthetics, and the Brain*, 1.

MORENO, J. (2013). Entrevista. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=OCdweg4bO_o

MORGAN, C. & BHUGRA, D. (Eds.) (2010). *Principles of Social Psychiatry*. Chichester: Wiley-Blackwell.

MURPHY, D. (2015). "Concepts of Disease and Health", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2015 Edition), Edward N. Zalta (ed.),

URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/health-disease/>>.

- (2015). "Philosophy of Psychiatry", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2015 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/psychiatry/>>.

NARROW, W. E., FIRST, M. B., SIROVATKA, P. J. & REGIER, D. A. (2009). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. Elsevier España: Barcelona.

OLIVÉ, L. (2000). *El bien, el mal y la razón: facetas de la ciencia y de la tecnología*. México DF: Paidós.

PEÑA, A. (2011). Filosofía, medicina y razonamiento clínico. *Medicina clínica* (Barcelona). Doi: 10.1016/j.medcli.2009.10.014.

RAMSEY, W. (2013) "Eliminative Materialism", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2013 Edition), Edward N. Zalta (ed.),

URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/sum2013/entries/materialism-eliminative/>>

REGIER, D. A., NARROW, W. E., KUHL, E. A. & KUPFER, D. J. (2012). *DSM-5. Evolución conceptual*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

RIVERA, F. A., SAMPSON, S., & SOLA, C. L. (2015). Laboratory evaluation of endocrine disorders in patients with neuropsychiatric symptoms. *Psychiatric Care of the Medical Patient*, 120.

ROBLES, PÁEZ Y MARÍN (2011). “Trastornos disociativos” en Caballo, Salazar y Carrobles (Coord.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (Madrid: Pirámide), 445-465.

SÁEZ RUEDA, L. (2002). *El conflicto entre continentales y analíticos. Dos tradiciones filosóficas*. Crítica: Barcelona.

SABORIDO, C. (2013). Normas naturales y funciones biológicas. *Filosofía actual de la biología*, 113.

SAUNDERS, J. (2000). “The practice of clinical medicine as an art and as a science”. *Medical Humanities*, 26(1), 18-22.

SOBER, E. (1996). *Filosofía de la biología*. Alianza: Madrid.

- (1999) “The Multiple Realizability Argument against Reductionism” en *Philosophy of Science*, Vol. 66, N° 4, 542-564.

STEINER, H.; CARRION, V.; PLATTNER, B.; KOOPMAN, C. (2002). "Dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder: diagnosis and treatment". *Child and Adolescent Psychiatric Clinics North America*. 12: 231–249.

STERN, D. B. (2012). "Witnessing across time: accessing the present from the past and the past from the present". *The Psychoanalytic Quarterly*. 81(1): 53–81. doi:10.1002/j.2167-4086.2012.tb00485.x

TAULÍ, C. S. P. (2009). Trastorno disociativo y acontecimientos traumáticos. Un estudio en población española. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(4), 200-204. Recuperado de <http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/10/58/ESP/14143+4.+1174+esp.pdf>

WULFF, PEDERSEN & ROSENBERG (2002). *Introducción a la filosofía de la medicina*. Madrid: Editorial Triacastela.

YOUNG, A. (1997). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton University Press.

Otros artículos en red consultados:

BERTHA PAPPENHEIM. (2016, August 11). In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*.

Retrieved: August 17, 2016, from

https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Bertha_Pappenheim&oldid=734025630

- CROSS-CULTURAL PSYCHIATRY. (2016, May 26). In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved: August 15, 2016, from https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Crosscultural_psychiatry&oldid=722225113
- DISSOCIATIVE DISORDER. (2016, July 22). In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved: August 15, 2016, from https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Dissociative_disorder&oldid=730969153
- ENFERMEDAD DE HUNTINGTON. (2016, 13 de julio). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: agosto 15, 2016. Desde https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Enfermedad_de_Huntington&oldid=92259926.
- ESQUIZOFRENIA. (2016, 23 de agosto). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: agosto 25, 2016 desde <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Esquizofrenia&oldid=93139660>.
- FALSOS RECUERDOS. (2016, 7 de septiembre). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: septiembre 12, 2016 desde https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Falsos_recuernos&oldid=93464034.
- FOLK PSYCHOLOGY. (2016, September 8). In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved: September 10, 2016, from https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Folk_psychology&oldid=738335765
- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD. (2016, 22 de julio). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: agosto 27, 2016 desde https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia_natural_de_la_enfermedad&oldid=92433361.
- METANOIA. (2014, 21 de julio). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: septiembre 9, 2016 desde <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Metanoia&oldid=75711120>.
- MULTIPLE REALIZABILITY. (2016, May 12). In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved: September 10, 2016, from https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Multiple_realizability&oldid=719914981
- PHILOSOPHY OF MEDICINE. (2016, May 27). In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved, September 8, 2016, from https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Philosophy_of_medicine&oldid=722408426

RONALD DAVID LAING. (2015, 18 de mayo). *Wikipedia, La enciclopedia libre*.

Fecha de consulta: septiembre 9, 2016 desde

https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ronald_David_Laing&oldid=82523534.

THOMAS SZASZ. (2016, September 16). In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*.

Retrieved September 16, 2016, from

https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Thomas_Szasz&oldid=739663080