



FÉLIX COVA SOLAR

Introducción crítica a temas de Psicopatología

Serie HUMANIDADES

Libro sometido a arbitraje externo, según modalidad doble ciego.

Introducción crítica a temas de Psicopatología

© 2022 Félix Cova Solar

© Esta edición Universidad de Concepción

Registro de Propiedad Intelectual N° 2022-A-2608

Primera edición, junio de 2022

Libro digital, pdf

Archivo digital: descarga y en línea

ISBN 978-956-227-523-1

ISBN 978-956-227-527-9 (impreso)

Editorial Universidad de Concepción

Biblioteca Central, Of. 11, Campus Universitario

Fono (56-41) 2204590 – Casilla 160-C, Correo 3

Concepción – Chile

<https://editorial.udec.cl/>

E-mail: editorial@udec.cl

Dirección y producción editorial

Óscar Lermanda

Ilustración de portada

Photo by Jon Tyson on Unsplash, de uso libre.

<https://unsplash.com/s/photos/jon-tyson>

Derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra,
por cualquier medio, sin permiso escrito de los editores.

FÉLIX COVA SOLAR

**Introducción
crítica a temas de
Psicopatología**

A mis estudiantes.

En particular, a la memoria de Erika y Rodrigo.

ÍNDICE



Prólogo	6
Introducción	9
I. El estudio de los problemas de salud mental	11
II. ¿Qué son los problemas psicológicos o de salud mental?	15
III. El modelo médico de entendimiento de los problemas de salud mental o psicológicos	20
IV. ¿Qué se entiende por trastorno mental?	35
V. Normalidad y anormalidad de los comportamientos humanos	48
VI. Categorialidad y dimensionalidad en la conceptualización de los problemas psicológicos	59
VII. Evaluación, diagnóstico y formulación en psicología clínica y psiquiatría	66
VIII. Reflexionando sobre el modelo médico en salud mental	72
IX. Biología, comportamiento y problemas psicológicos	83
X. ¿Cómo explicarnos los problemas de salud mental?	108
XI. La personalidad y sus “trastornos”	122
XII. Epistemología, ontología y problemas de salud mental	134
Glosario	149
Referencias	156
Anexos	159

PRÓLOGO

Una auténtica y refrescante introducción a la psicopatología



EL PROFESOR FÉLIX COVA ha escrito una auténtica y refrescante introducción a la psicopatología para estudiantes de psicología. No es una introducción cualquiera, como esas que empiezan con una retahíla de concepciones históricas y culminan con los sistemas de clasificación diagnóstica (típicamente DSM y CIE), como si estas clasificaciones fueran la última palabra. Una introducción así, más que típica y ya tópica, sería engañosa en tanto da a entender que los “trastornos mentales” estaban ahí a la espera de ser descritos como supuestamente hacen dichas clasificaciones. Antes de dar por buenos sistemas clasificatorios como los usuales, e incluso mejor que adoptarlos, sería una introducción a la psicopatología como la presente.

Una auténtica introducción empieza por plantear las cuestiones problemáticas que caracterizan el campo de la psicopatología, como ningún otro de la salud. Cuestiones problemáticas son sin duda las referidas a los límites entre normalidad y patología, qué es un trastorno mental y cómo entender y atender lo que le pasa a la gente que busca ayuda psicológica o psiquiátrica, entre otras cuestiones que aborda la introducción. Quizá fuera más cómodo para los estudiantes encontrar un panorama con posiciones firmemente establecidas y sin problemas conceptuales y filosóficos. También sería más fácil para el profesor exponer acríticamente un panorama de conocimientos establecidos como si fuera una asignatura de anatomía o algo así. Pero no es el caso de la psicopatología. Honestamente expuesta, la psicopatología está abierta a cuestiones que dan que pensar. La psicología, como también la psiquiatría, son disciplinas com-

plejas, con la peculiaridad de enfrentar siempre cuestiones fundamentales del ser humano. Este libro, más que meramente exponer una lista de temas, enseña a pensar planteando las cuestiones fundamentales. En el panorama acrítico de la psicopatología, la presente introducción es refrescante, aire nuevo con miras a la renovación.

Uno de los mayores problemas, un tanto paradójico, que ha de enfrentar el estudiante de psicología es pensar la psicopatología más allá del modelo médico. Mientras que el modelo médico —centrado en el diagnóstico y la enfermedad como “avería” dentro de uno— es el modo de pensar de las instituciones, los profesionales y los usuarios, la psicología cuenta con enfoques distintos —centrados en la persona y sus circunstancias— que tratan de normalizar y contextualizar los problemas de los consultantes. Dado que el modelo médico es el modo de pensar por defecto —cuando uno no piensa, el modelo médico piensa por uno—, la psico(pato)logía tiene que abrirse paso en un territorio que ya está cartografiado en términos médicos, sin ser estos los únicos posibles, ni los más adecuados.

De ahí la importancia de aprender a pensar. Pensar no es meramente reflexionar y opinar sobre algo, sino comparar y sopesar unos enfoques con otros. No en vano ‘pensar’ tiene que ver etimológicamente con ‘pesar’, comparando una cosa en una mano con otra en la otra mano. Pensar implica pensar *contra* algo o alguien, ni qué decir que con criterio y nobleza, como entiendo que lo hace este libro.

En este sentido, el modelo médico es el que hay que repensar. Sin pensar estaríamos prisioneros del pensamiento único sin siquiera saber que es un modo de pensar (un modelo), entre otros, acaso más adecuados a la naturaleza de las cosas: ¿enfermedades, trastornos mentales, problemas psicológicos? El pensar aquí no es meramente opinar de acuerdo con las preconcepciones, preferencias y opiniones espontáneas que uno tuviera, sino que implica una concepción de la realidad (ontología) y del conocimiento científico (epistemología). No por nada, el último capítulo del libro aborda la epistemología y ontología de los problemas de salud mental. Al fin y al cabo, la formación universitaria supone ir más allá de las opiniones que se tuvieran y a menudo en contra de ellas. No hay escape de la filosofía. Cuando se cree que uno no la necesita, en realidad tiene una mala filosofía.

El libro de Félix Cova es una auténtica introducción a la psicopatología, en el sentido de plantear con honestidad intelectual las cuestiones que entrecruzan este complejo campo. Aire fresco para una disciplina donde lo cómodo y fácil sería exponer acríticamente una retahíla de trastornos sin más. Nada mejor para los estudiantes que pensar y si fuera el caso desafiar las propias opiniones. Nada peor para la psicología que dejar de pensar y quedarse en modelos recibidos.

MARINO PÉREZ ÁLVAREZ
Catedrático de Psicología de
la Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológico
Universidad de Oviedo, España

INTRODUCCIÓN



UN POCO POR AZAR el destino me hizo profesor de un curso de *Psicología Anormal* destinado a estudiantes de Psicología hace ya años. La denominación de ese curso, poco comúnmente usada en Chile, mutó en el tiempo a *Psicopatología Evolutiva*. Lo que no cambió fue el desafío que ello suponía para mí: tratar de proporcionar a los estudiantes herramientas básicas que les permitieran iniciar una navegación fructífera en el vasto mundo del estudio de los problemas de salud mental sin renunciar a estimular, a su vez, una reflexión lo más profunda e informada posible.

El año 2020 surgió un desafío adicional: el curso ese año debió ser a distancia. En ese contexto, decidí transformar mis clases en un texto escrito que tratara de tener la cercanía del lenguaje hablado. Parecía un ejercicio simple, pero no lo fue, y tuve la fortuna de contar con tres alumnas de ese curso que me colaboraron en darle una mejor estructura al material que quedó de ese esfuerzo: Camila Alarcón, Thalís Charo y Daniela Paéz. A ellas, todo mi agradecimiento.

Ese texto fue la base de esta obra. Me permití publicarlo como libro dirigido no solo a estudiantes porque no existe demasiado material en psicopatología que, siendo a la vez introductorio, problematice los temas que aborda. Naturalmente, el libro no puede desligarse de su origen como herramienta para la docencia. Por ello, inmediatamente finalizados sus doce capítulos temáticos, considera un glosario de términos que no son necesariamente de amplio dominio. Estos están marcados con asterisco (*) al interior del texto. El libro cierra con anexos de material de otras fuentes que son citadas en los capítulos temáticos que pueden ayudar a su comprensión. Para algunos lectores puede ser un libro muy

básico, pero, para otros, puede ser una herramienta útil para hacerse una impresión de algunos de los debates que atraviesan hoy el campo de la salud mental.

El área de la salud mental, y de la psicopatología en particular, es, naturalmente, mucho más amplia que lo que se abarca aquí. De allí que el libro no sea tanto una introducción a la psicopatología como una introducción a algunos temas de psicopatología. En general, he seleccionado temas que son de especial relevancia para el debate que existe hoy en el ámbito de la salud mental. Como se verá en el texto, pienso que la necesidad de superar el modelo médico, dominante en la psiquiatría, y dominante, por extensión, en el amplio campo de la salud mental, incluso en la psicología clínica, es un desafío de relevancia. Existe una inquietud generalizada en la sociedad contemporánea por la salud mental de las personas y, en específico, por el aparente aumento de los problemas de salud mental. Sin desconocer que vivimos situaciones complejas en este ámbito, podría ser que no se esté enfocando del mejor modo qué son los problemas de salud mental y cómo abordarlos. Motivar una reflexión al respecto es lo que también, indirectamente, intentan generar estas páginas.

I.
EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS
DE SALUD MENTAL



SENTIMOS QUE ESTAMOS en un mundo que ha dejado de parecernos real y un miedo intenso nos invade; experimentamos una sensación de vacío, de angustia aguda y nos hacemos cortes en la piel; no podemos evitar el impulso de consumir recurrentemente ciertas sustancias que nos alteran, o de realizar ciertas acciones (como apostar el dinero del que depende nuestra familia), haciendo que nuestra vida y relaciones con otros se vea crecientemente limitada; quemamos a un hombre que vive en la calle intencionalmente y no percibimos el daño que estamos haciendo. Estos ejemplos de experiencias son el campo de interés de lo que se denomina psicopatología (estudio de la “patología mental”) o psicología “anormal”.

No es fácil establecer qué caracteriza a esta diversidad de experiencias. Implican vivencias de malestar, de preocupación, daño a sí mismo o a otros, dificultades para lidiar con las exigencias de la vida. Este tipo de experiencias y comportamientos pueden ser denominados, en sentido amplio, “*problemas psicológicos o de salud mental*” (términos genéricos sinónimos que incluyen experiencias y comportamientos que implican sufrimiento psicológico o desadaptación; en el capítulo 2 analizaremos estos términos en mayor detalle).

Un concepto más específico que el de problemas psicológicos es el de *trastorno mental*. Es un concepto que es aplicable a algunas formas de problemas psicológicos y que proviene de un modo particular de entender estos problemas. A este modo particular se le puede denominar *modelo médico*. Desde el modelo médico, los trastornos mentales son los problemas de salud mental realmente importantes. En los siguientes capítulos aclararemos a qué se le denomina modelo médico y profundizaremos en el concepto de trastorno mental.

Es obvio que no todos los comportamientos que nos generan daño a nosotros mismos o a los demás tienen que ver con problemas de salud mental. Por ejemplo, amenazamos nuestra integridad física si hacemos deportes extremos, pero eso no es, por sí mismo, un problema de salud mental. Nos es relativamente fácil darnos cuenta de ello porque tenemos una idea culturalmente compartida, implícita, de lo que es salud mental y de lo que es un problema de salud mental. Sin embargo, nos costaría mucho intentar definir explícitamente a qué se refieren estos conceptos. Ello nos muestra cómo los conceptos dependen siempre de un “trasfondo” compartido de creencias y significados que les dan sentido. Es ese trasfondo el que nos hace entenderlos, pese a que no nos sea posible definirlos claramente.

La psicopatología o psicología anormal puede ser entendida como el campo de estudio referido a los problemas de salud mental (incluyendo a los trastornos mentales. En realidad, los trastornos mentales han sido considerados el tema fundamental de esta disciplina). Por su parte, la psiquiatría y la psicología clínica —entre otras profesiones— hacen uso de ese y otros conocimientos, para buscar formas de ayudar a las personas que los experimentan. Psicopatología o psicología anormal son, entonces, términos sinónimos que aluden a un mismo campo de estudio. Si bien sus historias son distintas (psicopatología es un término que surge junto con la psiquiatría; psicología anormal es un término propuesto a partir del interés de la psicología por este mismo ámbito de conocimiento), ambos términos aluden a un campo de estudio y no a una profesión o a un ámbito aplicado. En cambio, la psiquiatría y la psicología clínica son campos de acción profesional, son campos aplicados, que tienen que ver con la evaluación, diagnóstico, prevención o “tratamiento” de los problemas de salud mental. Visto así, la psicopatología o psicología anormal es una de las fuentes de conocimiento centrales que “alimentan” a la psicología clínica y psiquiatría.

El estudio de los problemas de salud mental también interesa a distintas disciplinas y profesiones: psiquiatría, psicología, sociología, antropología, neurociencias, trabajo social, terapia ocupacional, entre otras. Sin embargo, se podría decir que la psiquiatría y la psicología son las disciplinas y profesiones que tienen conexión más directa con la conceptualización y comprensión en sí mismos de los problemas de salud mental. Por su parte, la salud mental como un todo se ha ido configurando como

un nuevo campo inter y transdisciplinario, que abarca tanto el ámbito de los problemas de salud mental como de la “salud mental positiva”.

La psicopatología evolutiva, por su parte, es un campo de estudio y/o un enfoque dentro de la psicopatología. Abarca dos intereses distintos pero complementarios: 1) ¿Cómo se expresan los problemas de salud mental y trastornos mentales a lo largo de la vida? En palabras simples, ¿qué problemas de salud mental o trastornos mentales tienden a darse en la niñez, en la adolescencia, en la adultez, etc.? 2) ¿Cómo los problemas de salud mental y trastornos mentales que las personas presentan van desarrollándose a lo largo de su vida? Esto es, ¿cómo son las trayectorias vitales de las personas que presentan en algún momento un cierto tipo de problema de salud mental o de trastorno mental?, ¿qué factores y procesos van incidiendo en que se presenten estas dificultades? En palabras simples, por ejemplo, sería estudiar cómo ciertas experiencias tempranas pueden influir en que una persona desarrolle un problema en otro momento de su vida.

Hay autores que señalan que, estrictamente, no tiene sentido hablar de “psicología anormal”. Todo el comportamiento humano obedece al mismo tipo de factores, y no tendría sentido que exista una disciplina del comportamiento normal y otra del anormal, menos aún cuando el límite entre lo normal y anormal no es nítido. Desde esta perspectiva crítica, tampoco se debería hablar de psicopatología, porque en el campo de las dificultades psicológicas humanas no correspondería hablar de patologías o enfermedades (a menos que se suscriba el modelo médico de los problemas de salud mental). En cambio, si se asume el modelo médico, el término psicopatología no resulta problemático, y la psicopatología puede definirse sin mayor cuestionamiento como la disciplina dedicada al estudio de las distintas formas de trastorno mental y de sus determinantes.

Si no es lo mejor hablar de psicología anormal ni de psicopatología, ¿cuál sería el término más adecuado para referirse al interés por estudiar el sufrimiento psicológico y las conductas humanas desadaptativas (entendiendo que ello no implica concebir este campo como algo separado del resto de la psicología)? ¿cómo le podríamos denominar a este campo de interés? Podría ser “psicología de los problemas de salud mental”, pero hay que reconocer que no es un nombre muy feliz (y nadie, que sepamos, lo ha propuesto). Un excelente libro que aborda el tema de los problemas psicológicos y que rechaza el “modelo médico” y el uso tan-

to de los términos de psicopatología como de “psicología anormal, optó por titularse *Psychology, Mental Health and Distress* (Cromby, Harper y Reavey, 2013). En forma elegante, soslayó este espinoso tema de cómo nombrar este campo de estudio.

Aclaración terminológica

Es frecuente que en psiquiatría se utilice el término psicopatología para referirse al estudio de los “signos” y “síntomas” propios de los trastornos mentales más que al estudio de los trastornos mentales en sí mismos. En este sentido acotado, psicopatología corresponde al estudio de la “semiólogía” psicopatológica. Desde el lenguaje del modelo médico muchos de los componentes de los problemas psicológicos son considerados “síntomas” (experiencias subjetivas, como el desasosiego o tristeza) o “signos” (manifestaciones visibles, como hablar lento). Se habla de síntomas o signos porque a la base de ellos podría estar un trastorno mental determinado. Así, la ansiedad es considerada el síntoma característico de los “trastornos de ansiedad” (es difícil no usar los términos síntoma o signo, pero si no se suscribe el modelo médico su uso no es enteramente adecuado). Este uso le da un significado más acotado a psicopatología que el que le hemos dado en este texto.

Así también, de manera frecuente, se emplea el término psiquiatría en un sentido amplio, entendiendo que este término abarcaría tanto el estudio como el tratamiento de los trastornos mentales. Ello tiene el defecto de que sugiere que sería solo la psiquiatría la disciplina implicada en estos temas.

II. ¿QUÉ SON LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O DE SALUD MENTAL?



¿QUÉ PODEMOS entender por *problemas de salud mental* o *problemas psicológicos*? A estos términos los podemos considerar sinónimos. Otros sinónimos, más o menos exactos, serían *dificultades psicológicas* o *conductas desadaptativas*. También se puede hablar de problemas emocionales o conductuales, aunque estos dos últimos son términos más acotados a “subtipos” de problemas psicológicos, unos más en la esfera íntima —problemas emocionales o *internalizados*— y otros en la relación con el entorno —problemas conductuales o *externalizados*—. Otro término usado es “malestares psicológicos” o “malestares emocionales”, —probablemente es más pertinente hablar de malestares cuando los problemas son más difusos y menos intensos—.

Al intentar definir qué son los problemas psicológicos, seguramente, pensaremos en sufrimiento emocional, en presencia de emociones “negativas” como angustia, ansiedad, abatimiento, sentimientos de vacío y de desazón, inseguridad, en estrés; en conductas autodestructivas; en adicciones; en formas inadecuadas de relacionarse con otros. Claro que para hablar de problemas psicológicos y de salud mental, las conductas y experiencias “problemáticas” no deben ser hechos aislados sino de cierta recurrencia e intensidad, sino ¿por qué llamarles problemas?

Los problemas psicológicos son parte de la vida y son, por tanto, problemas de la vida (incluyendo en estos problemas, por cierto, a los dramas y tragedias de la vida). En tanto problemas de la vida, y en tanto toda vida supone presencia de problemas, son “normales” (aunque en ciertas circunstancias y, bajo ciertos criterios, podamos llegar a considerarlos “anormales”). Como dice algún autor irónicamente, lo anormal sería no tener problemas psicológicos.

Aquello que consideramos un problema psicológico puede ser de naturaleza muy diversa: puede ser un problema para la propia persona o puede ser un problema desde la mirada de otros, puede tener que ver con experiencias de sufrimiento emocional, con conductas dañinas que se repiten, con dificultades para relacionarse con otros, incluso, con problemas para ajustarse a otros o a expectativas sociales (aunque, desde luego, un problema de ajuste a normas o expectativas no es, por sí mismo, un problema de salud mental... pero, lamentablemente, existe una tendencia a considerar todo “desajuste” como problema de salud mental... ¡cuántos niños y niñas que no se ajustan a expectativas de comportamiento escolar son considerados como teniendo problemas de salud mental! No siempre es la mejor forma de ver lo que les sucede).

Ejemplos de lo que en nuestra sociedad consideramos “problemas psicológicos” son: que un niño o niña no controle esfínter vesical a la edad esperada sin causa biológica que lo explique (podría corresponder a un “trastorno de la excreción” denominado “enuresis”); estar abatido, triste, desorientado, sin claridad respecto de qué hacer (podría corresponder a lo que se denomina “trastorno depresivo”); tener una preocupación “excesiva” y “distorsionada” por algún aspecto de la imagen corporal (por ejemplo, por un lunar supuestamente muy notorio desde la perspectiva de la persona que lo tiene, pero en el cual nadie repara, lo que es considerado el “síntoma” principal del llamado “trastorno dismórfico corporal”); experimentar el convencimiento irrefutable de que alguien te quiere hacer un daño sin que haya fundamentos racionales (así se define convencionalmente delirio o delusión paranoide —no confundir con *delirium*—); tener intensas fantasías suicidas (presentes en personas “deprimidas”, aunque no solo en ellas). Podríamos pensar en muchos ejemplos más. Tres más a la rápida: una persona que intencionadamente se hace cortes —automutilaciones— (esta conducta no se corresponde directamente con ningún trastorno específico, aunque puede estar relacionada con varios trastornos), alguien que con poco interés en el sexo (se podría corresponder con un trastorno de deseo sexual hipoactivo); alguien que le tiene un miedo a los perros que le genera limitaciones en la vida diaria (se puede corresponder con un trastorno denominado fobia específica).

¿Qué hay en común en toda esta diversidad de experiencias que estamos considerando como ejemplos de problemas psicológicos? No tanto, pero, pese a ello, todas ellas son concebidas, en nuestro contexto cultural, como problemas psicológicos o de salud mental (desde luego, algunos

de estos ejemplos reflejan mejor que otros lo que pensamos cuando hablamos de problemas psicológicos). Es interesante anticipar que existe también amplia diversidad en el tipo de fenómenos que son considerados trastornos mentales propiamente tales. De hecho, para cada uno de los ejemplos de problemas psicológicos que señalé, fui ejemplificando también alguna categoría diagnóstica de trastorno mental “oficial” a la que podría corresponder cada uno (si es que esos problemas cumplieran además una serie de otras consideraciones adicionales).

Como he insistido, el concepto de problema psicológico no es un concepto técnico: no hay —y no es posible— una definición precisa de qué es un problema psicológico que permita decir “este es un problema psicológico”, “este no es un problema psicológico”. Es una etiqueta amplia, que, bien usada, nos puede ayudar en la comunicación en nuestro contexto cultural.

Es conveniente no abusar del término problema psicológico o de salud mental. Es mejor pensar las situaciones a que se refieren como circunstancias o problemas de la vida. Sin embargo, obviamente, hay situaciones de mayor complejidad donde hablar solo de problemas de la vida se puede quedar “corto”. Entre “más corto” se quede, más sentido tiene hablar de problema psicológico. Sin embargo, sugiero ser críticos de la tendencia actual a interpretar con demasiada facilidad la existencia de malestares psicológicos o de sufrimientos como indicadores de problemas psicológicos o de salud mental. Ello por el “aire de familia” que estos últimos términos tienen con los de enfermedad mental, trastorno mental, discapacidad mental (todos ellos con un potencial estigmatizante y “debilitante”, por lo que es mejor ser cuidadoso para emplearlos). Hablar el lenguaje del problema y de la salud mental suele hacer pensar en la necesidad de apoyo profesional y favorece, implícitamente, una *individualización, psicologización, psicopatologización y medicalización* de los problemas humanos.

Así, problema psicológico o de salud mental es un término amplio, coloquial, de borde impreciso, que no tiene una definición “técnica”, que nos ayuda a entender experiencias y dificultades que vivimos los seres humanos (y que, como todos los términos, tiene sus riesgos al ser usado en forma indiscriminada). Los problemas psicológicos son muy diversos y pueden tener diferentes niveles de gravedad.

Si resulta confusa esta distinción entre problemas de la vida y problemas psicológicos o de salud mental, es entendible: no hay límites claros.

Es más, no sería positivo pensar que hay límites muy claros: es conveniente entender los problemas de salud mental como problemas de la vida. Para decirlo en forma humorística, son *problemas* (de la vida) que se han vuelto muy *problemáticos*.

Es importante considerar que las personas en general son capaces de enfrentar los desafíos que supone a vida y los problemas que les puede implicar (y eso es lo que se debiera fomentar). Sin embargo, hay circunstancias y momentos en que 1) los problemas se vuelven demasiado complejos, 2) las personas no tienen los recursos personales ni sociales para enfrentarlos, y 3) la propia actuación de las personas hace que en vez de irlos resolviendo los vayan manteniendo y/o agravando. Es en estas situaciones donde probablemente con más propiedad tiene sentido hablar de que existe un problema de salud mental. Cuando una persona está enfrentando una situación así, puede ser conveniente que reciba apoyo profesional para salir de ese estado de entrapamiento y lidiar de mejor modo con las exigencias vitales.

Dado que no es un término técnico, rara vez un texto de psicopatología intenta explicar qué son los problemas psicológicos. Lo habitual es que se presente una definición de lo que es un “trastorno mental”. Sin embargo, en este libro preferimos hablar de problemas psicológicos que de trastornos mentales. Ello porque el concepto de trastorno mental remite implícitamente (aunque no necesariamente, pero es lo habitual) al modelo médico y este libro está escrito desde una perspectiva crítica a ese modelo (se profundiza en Cova, 2021). El concepto de trastorno mental se analizará en detalle más adelante. Por ahora, es importante destacar que problema psicológico o de salud mental no es sinónimo de trastorno mental por dos razones: 1) No todo problema psicológico reúne los requisitos que supone el concepto de trastorno mental; en cambio, todo trastorno mental sí puede considerarse un problema psicológico. Esto significa que el concepto de trastorno mental es más “acotado” que el de problema psicológico. 2) Trastorno mental es un concepto más cargado de connotaciones e implicaciones que el de problema psicológico, en particular, por su mencionada inscripción en el modelo médico. Si bien a veces se utiliza el término trastorno mental de una manera más laxa o desde un paradigma distinto al del modelo médico, ello no es habitual y, como esta segunda forma de uso puede ser confundente en un texto introductorio como este, no la emplearé en él. Con mayor razón evito el uso del término “enfermedad mental”, claramente medicalizador (enferme-

dad mental es sinónimo de trastorno mental. Es un término más antiguo, aunque todavía es empleado por algunos profesionales, en especial, para aludir a las formas más graves de trastornos mentales).

Algunos autores que coinciden en evitar el concepto de trastorno mental han optado por la opción de hablar de “estrés negativo” (distrés, malestar) como alternativa (Cromby et al., 2013). Sin embargo, tiene sus dificultades hablar de distrés para todos los tipos de problemas psicológicos, es un término más pertinente solo para algunos tipos de dificultades. Por eso, prefiero hablar de “problemas psicológicos”. Esto no es más que una demostración de lo difícil que es usar en este campo de estudio un lenguaje no inscrito en el modelo médico, que es la tradición dominante. Y también es una ilustración de lo “jabonosos” que son los términos que se emplean en psicopatología. Ello ayuda a entender por qué se han desarrollado y popularizado en psicopatología conceptualizaciones “oficiales” para tratar de ordenar el uso de los términos, como las de los manuales clasificatorios y diagnósticos de los que hablaremos después (no obstante, hay quien dice que quizá ese remedio fue peor que la enfermedad que buscaba curar).

Tal vez se pueda dar la impresión de que al hablar de problemas psicológicos y no de trastornos mentales se minimice la gravedad de las afecciones a la salud mental que puede experimentar una persona. Pero no es el sentido de lo que quiero expresar. Efectivamente, los problemas de salud mental pueden ser muy limitadores de la vida y afectar muy severamente las posibilidades de las personas de “estar en el mundo”, de relacionarse adecuadamente con los demás, de enfrentar las exigencias de la vida y de disfrutar de sus aspectos positivos. Incluso, para ser gráficis, pueden generar tanto sufrimiento que las personas opten por suicidarse. Esa impresión errónea de minimización no se soluciona necesariamente con el uso del concepto de trastorno mental. Si bien la idea popular de trastorno mental sugiere que se trata de algo grave, la verdad es que el concepto de trastorno mental, tal como se usa actualmente, alude a fenómenos que pueden ser de muy diferente naturaleza y gravedad. Es decir, ni la idea de problema psicológico ni la de trastorno mental están asociadas a un determinado nivel de gravedad. Por tanto, no se trata de negar la seriedad de los estados emocionales disfóricos o de los comportamientos perturbadores que pueden experimentar las personas cuando evitamos el término trastorno mental. En otros capítulos se aborda esto con mayor profundidad.

III.

EL MODELO MÉDICO DE ENTENDIMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL O PSICOLÓGICOS



Antecedentes históricos

LA MEDICINA siempre ha tenido un rol central en el ámbito del estudio y “tratamiento” de los problemas psicológicos, cuestión que se acentuó desde fines del siglo XVIII. Si bien, desde comienzos del siglo XX, la psicología y el psicoanálisis fueron asumiendo crecientemente roles relevantes, la medicina, en particular, la psiquiatría, que se configuró como tal en el siglo XIX, ha tenido un rol preeminente en el campo hasta el presente.

En el siglo XIX y comienzos del siglo XX, la atención hacia los problemas psicológicos estuvo dominada por el intento de comprender lo que sucedía con personas que, por diversas circunstancias y problemas, fueron socialmente aisladas y recluidas en diferentes formas de asilos. A los médicos que recibieron primero el nombre de “alienistas” y, luego, de psiquiatras, se les depositó la responsabilidad de saber qué ocurría en esas personas y la responsabilidad técnica y administrativa por su cuidado en estos centros de internamiento.

La psiquiatría se desarrolló centralmente, al menos hasta la mitad del siglo XX y, en algunos casos, hasta la actualidad, en el marco de la institucionalidad dada por estos centros de internamiento (que progresivamente recibieron la denominación de hospitales psiquiátricos). Muchos de los asilos nacieron en el siglo XIX con una vocación rehabilitadora de estas personas internadas; sin embargo, a poco andar fueron incapaces de responder a esta ilusión y se volvieron lugares hacinados, donde las personas estaban en condiciones de encierro y abandono. Conocidos como “manicomios”, estos centros han influido en el imaginario y me-

moria de la psiquiatría, y sus resabios aún reverberan en el presente, en particular, en algunos países donde los procesos de reforma de lo que se configuró como un verdadero “modelo manicomial” han sido más lentos. Desde mediados del siglo XX a la fecha, en distinta forma y ritmo según cada país, ha existido un tortuoso proceso de generación de nuevos sistemas de servicios de salud mental destinado a reemplazar y superar los antiguos manicomios (a veces, en vez de aquello, más bien se ha abandonado a las personas con graves problemas a su suerte).

Esperablemente, dada su matriz en la medicina, el quehacer de la psiquiatría fue tempranamente hegemonizado por concepciones médicas y biomédicas de los problemas de salud mental. La psiquiatría asumió la hipótesis de que a la base de los problemas de salud mental de las personas internadas en los centros a su cuidado debían existir causas biológicas, y la búsqueda de esas causas comenzó a dominar los esfuerzos de los principales investigadores. Tipificar de modo preciso lo que se consideraba eran distintas “enfermedades mentales” concentró el trabajo investigativo, así como la búsqueda de diferentes posibles correlatos anatómico-cerebrales, o de agentes infecciosos o tóxicos, que pudieran demostrar su causalidad biológica. Si bien no se obtuvo resultados en identificar las causas de estos problemas, salvo excepciones, se construyeron igualmente sistemas de categorización de las enfermedades mentales, alcanzando, en particular, gran relevancia la obra de Emil Kraepelin, desarrollada a fines del siglo XIX e inicios del XX.

Emil Kraepelin, considerado uno de los fundadores de la psiquiatría contemporánea, creía firmemente en el modelo biomédico de comprensión de los problemas psicológicos; sin embargo, fracasó en lograr establecer las bases biológicas de ellos. Planteó, en consecuencia, que la tarea de identificar esas bases biológicas debía quedar para el futuro. Sostuvo que lo que se podía hacer mientras tanto era caracterizar las enfermedades mentales a través de la identificación de las “formas típicas” en que estas se expresaban. Ello implicaba identificar, “síntomas” y “signos” que tendieran a concurrir (esto es, a darse juntos). A esto se le denomina identificar “patrones sintomáticos” o “síndromes”. Además, señaló que se podría distinguir a los trastornos por su evolución temporal (cuánto duraban, qué tendía a pasar con el curso del tiempo en sus manifestaciones en las personas que los presentaban). Una estrategia basada en estos elementos es la que le permitió a Kraepelin distinguir la *esquizofrenia* (a la que él denominó demencia precoz, porque pensaba, erróneamente,

que su curso implicaba un deterioro cognitivo progresivo inevitable) de la *psicosis maniáco-depresiva* (un concepto que tiene alguna relación con lo que hoy se denomina *trastornos bipolares**).

Si bien sistemas como el kraepeliano alcanzaron un éxito relativo en establecer ciertas categorizaciones que, aparentemente, permitían distinguir con cierta claridad algunos tipos de problemas graves de salud mental de otros, eran, sin embargo, sistemas descriptivos que, explícitamente, dada la falta de hallazgos, abandonaron la pretensión de identificar las causas biológicas de los problemas que consideraban, a la espera de que la investigación posterior permitiera lograrlo en algún momento.

El descubrimiento de que la sífilis cursaba generando finalmente una demencia, así como la identificación de un tipo particular de “placas” en el cerebro post-mortem de personas que padecían lo que hoy se denomina demencia tipo Alzheimer (por el nombre de quien hizo ese descubrimiento), fueron unos de los pocos resultados positivos obtenidos en la búsqueda de bases biológicas de las “enfermedades mentales”, infundiendo expectativas de que nuevos hallazgos de ese tipo serían posibles. Sin embargo, el sostén principal de las expectativas estaba dado por el paradigma de base. Si la causa biológica o proceso fisiopatológico subyacente no podía establecerse, ello no ponía en duda su existencia. Ello permite explicar, por ejemplo, la formulación del concepto de *disfunción cerebral mínima** que se propuso a mediados de siglo XX para explicar algunos problemas de conducta en la niñez: que la disfunción cerebral mínima solo fuera una inferencia especulativa (se argumentó que era tan mínima que no podía detectarse), no le restaba plausibilidad a que se postulara su existencia. Como se analizará posteriormente, la falta de sustento de las principales teorías biológicas de los problemas de salud mental, incluso de las más actuales, no ha menguado el supuesto biomédico de que la mayoría de ellos corresponden a enfermedades o trastornos que pueden explicarse por causas biológicas delimitadas. En su formulación fuerte y habitualmente dominante, el modelo biomédico asume que todo trastorno mental es un trastorno cerebral (sin que eso excluya que considere que otros factores puedan tener algún rol complementario; como se analizará, modelo biomédico no es necesariamente incompatible con una forma limitada de “modelo biopsicosocial”).

Si bien la psiquiatría fue fundamentalmente biomédica en su concepción de los problemas de salud mental desde su origen, ello no excluyó que considerara que cuidados adecuados y condiciones de entorno fa-

vorables podían ayudar a la recuperación de las personas. Este planteamiento —referido como “tratamiento moral”— es uno de los que hizo célebre la obra de Philip Pinel, considerado uno de los fundadores de la psiquiatría. Referencias explícitas al valor de la psicoterapia también fueron planteadas tempranamente por los primeros psiquiatras. Sin embargo, progresivamente fue dominando el interés por tratamientos más propiamente biomédicos, que hoy nos impactan por su rudimentariedad y por la violencia que suponían. La primera mitad del siglo XX vio el uso amplio de estos procedimientos “terapéuticos”: complejos dispositivos para inmovilizar a las personas y someterlas a estímulos perturbadores, comas insulínicos, “curas” de fiebre o sueño, “lobotomías”. Muchos de estos tratamientos generaban secuelas permanentes, la muerte, o limitaban su éxito a transformar a las personas en seres aplanados, carentes de iniciativa y vitalidad. También se empleaban fármacos, aunque dada la transitoriedad de sus efectos y complejidades de manejo, no tuvieron un rol central. De esta fase histórica de los tratamientos empleados por la psiquiatría solo pervive hasta el presente, y no sin controversia, el electroshock, que fue rebautizado con el tiempo como terapia electroconvulsiva (y que, desde luego, vio modificadas sus primitivas formas de aplicación).

Esta primera psiquiatría biológica progresivamente fue coexistiendo, e, interesantemente, en algunos casos, imbricándose, con otras formas de concepción de los problemas de salud mental, en particular, con el psicoanálisis y, en menor medida, con perspectivas existenciales y fenomenológicas. En algunos países, particularmente en EEUU, el impacto del psicoanálisis sobre la psiquiatría fue tan importante que, por algunas décadas, este logró estar en las posiciones hegemónicas. Dadas estas influencias, y pese a la explícita vocación de la psiquiatría de continuar siendo “médica”, se le otorgó en los ámbitos psiquiátricos una mayor consideración a la vida psíquica de la persona con problemas y, también, se empujó el desarrollo de nuevas formas de tratamiento, como la psicoterapia. La psiquiatría vio así enriquecido su arsenal conceptual y de acción, y atenuado su biologismo, pero comenzó a experimentar una mayor tensión interna respecto de su identidad profesional.

La relevancia que adquirió el psicoanálisis en la psiquiatría se dio en un contexto en el que otras disciplinas y profesiones empezaron a ser partícipes del campo de la salud mental y en que el propio campo de la salud mental empezó a expandirse, tras la Segunda Guerra Mundial. Una

de esas disciplinas era la psicología. La participación de la psicología fue, inicialmente, a través de sus posibilidades de aportar a complementar o precisar el diagnóstico psiquiátrico a través de mediciones psicométricas (de allí la imagen de los psicólogos como aplicadores de test). En la medida que la psicología fue fortaleciendo sus enfoques y ampliando sus campos de investigación y acción, comenzó a tener una incidencia mayor en el ámbito de la salud mental, en particular, en el ámbito de la psicoterapia. Las posibilidades de la psicología de proponer paradigmas más apropiados para el campo de la salud mental que los derivados de la medicina se vieron, sin embargo, subaprovechadas, en parte, por limitaciones propias del desarrollo histórico de la propia psicología. Ello permanece como un desafío para la psicología, sin negar los importantes aportes que ha realizado hasta ahora.

Los antecedentes históricos descritos permiten entender por qué la psiquiatría, históricamente, ha tenido un rol más acentuado en relación a las formas más graves de problemas psicológicos que a las formas más leves. Sin embargo, la psiquiatría rápidamente, por razones que se irán esbozando en este capítulo, se amplió progresivamente hacia nuevos ámbitos, asumiendo también un rol dominante en su conceptualización y “tratamiento”, lo que empezó a ser notorio a mediados del siglo XX. En lenguaje psicoanalítico clásico, la psiquiatría nació más relacionada con el ámbito de las *psicosis** y luego amplió su campo de atención a las *neurosis**.

Como señalamos, a la largo del siglo XX la psicología, de igual forma, fue teniendo un rol cada vez más destacado tanto en relación a la comprensión (psicología anormal) como al “tratamiento” (psicología clínica) de los problemas psicológicos. Si bien, también por razones históricas, podríamos decir que su campo de acción inicial estuvo más centrado en las neurosis, expandió, progresivamente, su radio de interés y acción a las formas más graves de problemas psicológicos (aunque no suficientemente). Se podría decir que en este plano su evolución ha sido inversa a la de la psiquiatría.

El predominio de la psiquiatría en el campo de la salud mental (particularmente, en el campo de los problemas de salud mental, más que en el de la salud mental entendida en sentido amplio), se explica, en consecuencia, por esta ligazón de la psiquiatría con las instituciones so-

ciales destinadas al tratamiento de las personas con problemas de salud mental. Estas instituciones sociales fueron absorbidas por los sistemas de salud pública y corresponden hoy día a lo que denominamos servicios de salud mental. En el ámbito de la salud ha sido siempre la medicina la profesión rectora. En comparación, cuando las neurosis empezaron a ser foco de atención, los psicólogos estaban recién integrándose a los servicios de salud mental. Por tanto, la psiquiatría, y con ella la mirada propia del modelo médico, en forma “natural”, ha tenido la ascendencia mayor sobre los problemas de salud mental en el contexto de la salud pública.

Las diferencias históricas e institucionales en los procesos de formación de psiquiatras y psicólogos clínicos han favorecido lo señalado. La formación en psiquiatría la realizan médicos en centros de atención de la red de servicios de salud mental. La formación de los psicólogos es primero general y, luego, su especialización en psicología clínica no siempre está estrechamente relacionada con la red de servicios de salud mental.

Este breve relato permite comprender por qué ha existido conflictividad entre la psiquiatría y la psicología clínica: la segunda ha disputado un ámbito que, en sus orígenes, fue exclusivo de la psiquiatría. Todavía las disputas permanecen, aunque en formas más atenuadas. Hoy en día, la psicología clínica ha logrado un amplio reconocimiento en muchos países como una profesión central para el abordaje de los diversos problemas psicológicos, incluyendo los más graves.

En esta mirada histórica hemos puesto principal atención al rol de los servicios especializados de salud mental. Sin embargo, es importante tener presente que la fuente principal de atención de los problemas de salud mental a nivel masivo se da no en servicios especializados de salud mental y la otorgan, por lejos, los médicos, en particular, los médicos generales. Esto significa que los actores principales en el campo de la atención de los problemas de salud mental, en muchas partes del mundo, son los médicos (los médicos generales, en especial, pero también los distintos especialistas) y no específicamente los psiquiatras (ni tampoco los psicólogos u otros profesionales). De allí la gran importancia de la formación que los médicos reciben en este ámbito. En general, la formación en salud mental que reciben los médicos es desde la mirada de la psiquiatría y del modelo médico convencional.

La crisis de la psiquiatría en los años '70

La psiquiatría siguió cursos diversos tras la obra de Kraepelin. Su relación con el modelo médico se vio complejizada por la influencia que alcanzó el psicoanálisis y la fenomenología-existencial en ella, ambos enfoques con diferencias con el modelo médico habitual (aunque también susceptibles de ser “medicalizados”). En la década de los '70 esta amplitud y diversidad de la psiquiatría se volvió fuente de agudos cuestionamientos que surgieron tanto desde la propia disciplina como desde otros actores. Los cuestionamientos abarcaron aspectos distintos, incluso algunos eran contradictorios con otros. En la propia medicina se ponía en duda la credibilidad de la psiquiatría como especialidad por diversas razones, entre ellas, la baja confiabilidad* de sus diagnósticos. Corroborando estas dudas, un estudio de la OMS (Organización Mundial de la Salud) mostró que la forma en que diagnosticaban psiquiatras en EEUU era diferente a la usada en Reino Unido, agudizando la percepción de falta de coherencia de los diagnósticos empleados.

Los años '50 y posteriores vieron, a distintos ritmos y formas, el inicio de procesos de “desinstitucionalización”, de pérdida de centralidad o, incluso, de desaparición de los tradicionales hospitales psiquiátricos y de generación de nuevas formas de institucionalidad de los servicios de salud mental. La psiquiatría y salud mental comunitarias surgieron como nuevos paradigmas que a la vez intentaron darles soporte y dirección a estas transformaciones y se nutrieron de ellas. Todo ello contribuyó también a la crisis de identidad de la psiquiatría, que se vio acentuada, asimismo, por un movimiento crítico que recibió el nombre no muy afortunado de “anti-psiquiatría” (aunque fue un movimiento liderado por psiquiatras).

En ese contexto, como respuesta de la psiquiatría a esta crisis, se consolidó a fines de los '70 otro movimiento, al que se le denominó “neokraepeliano”, que se propuso consolidar el estatus de la psiquiatría y que planteó que, para ello, era indispensable contar con criterios diagnósticos de los diferentes trastornos mentales lo más claros posible. Su propuesta de fondo era “remedicalizar” la psiquiatría. Antes de continuar este bosquejo histórico, nos detendremos en lo que se puede entender por “modelo médico”.

Modelo médico

Se habla de modelo médico, en forma simplificada, para referirse a los modos de entendimiento y de acción existentes en la medicina. Naturalmente, la medicina ha tenido distintos modelos a lo largo de su historia. Rudamente hablando, desde el siglo XIX al presente se fue consolidando un modelo médico que se sustenta en los siguientes aspectos:

- 1) capacidades de distinguir *tipos de enfermedades*.
- 2) los tipos de enfermedades son distinguidas en base a alguna comprensión de los procesos biológicos afectados.
- 3) capacidades diagnósticas para identificar la presencia de los procesos biológicos alterados que caracterizan a cada enfermedad.
- 4) capacidades de actuación en los procesos biológicos afectados a través de procedimientos tecnológicos como cirugías y fármacos.

Los extraordinarios avances en el conocimiento biológico y el desarrollo tecnológico permitieron darle a la medicina un sustento cada vez mayor en los aspectos señalados. Ello permitió configurar un modelo de entendimiento y acción al que se le denomina habitualmente “modelo biomédico”. Aunque puede considerársele una denominación descriptiva, esta suele tener una connotación crítica. Si bien, es obvio que las enfermedades requieren una comprensión biológica, la referencia a un modelo biomédico alude habitualmente a un reduccionismo excesivo y a la idea de una medicina hiper-tecnologizada e hiper-especializada, donde ciertos aspectos claves de los procesos de salud-enfermedad son subestimados. Al margen de esas críticas, el modelo biomédico ha tenido logros muy significativos en el tratamiento de diversos problemas de salud. Por supuesto, no es en sí mismo objeto de cuestionamiento el lugar central que tiene la biología en la medicina.

La medicina y sus modelos han tenido una influencia inevitable en la psiquiatría. Nacida en esa matriz, la psiquiatría buscó tempranamente extender al campo de la salud mental los modos de pensar y actuar propios de la medicina. Por lo demás, dados los avances notables que la medicina estaba teniendo, es natural el entusiasmo que los modos de acción de la medicina produjeron en la psiquiatría.

La influencia del modelo médico en psiquiatría la podemos entender de dos maneras:

- 1) De forma amplia, como un modo de pensar y actuar, donde los problemas de salud mental son entendidos de manera análoga a enfermedades, pero donde no necesariamente se considera que su base es biológica.
- 2) De forma estricta, donde, además de lo primero, se asume que la mayoría de los problemas de salud mental son de origen biológico. Esta sería lo que con más propiedad se puede llamar mirada biomédica en psicopatología y salud mental.

Que el modelo médico pueda ser entendido en forma amplia, implica que la idea de modelo médico no se reduce a la relevancia dada a lo biológico. Puede existir una mirada desde el modelo médico donde también se le dé relevancia a otros factores, pero donde los problemas de salud mental siguen siendo entendidos como “disfunciones individuales” bien diferenciadas que las personas padecen, que deben ser diagnosticadas y tratadas de modo análogo a como se hace en medicina. Ello explica que no solo en la psiquiatría el modelo médico sea influyente sino también en otras disciplinas y profesiones en el campo de la salud mental (y en la cultura en general). En el contexto del llamado proceso de remodelación de la psiquiatría, iniciado a fines de los '70, la psiquiatría asumió un modelo biomédico estricto pese a que, discursivamente, asumió que su modelo era biosicosocial.

Un ejemplo de la influencia del modelo médico en la psiquiatría es la centralidad que tiene en ella el acto diagnóstico, hipervalorando su significado. No nos referimos al diagnóstico como un intento de comprensión de qué le sucede a la persona, sino al denominado “diagnóstico psiquiátrico”, entendido como la adjudicación al consultante a una u otra categoría diagnóstica, a su “rotulación”, esto es, a la asignación de un nombre a lo que le pasa al consultante: “trastorno bipolar II”, “trastorno límite de personalidad”, por dar ejemplos. La rotulación en medicina, esto es, la asignación de la condición de la persona a una determinada categoría de enfermedad, permite identificar qué le sucede a la persona y da pistas útiles respecto de cuál es la etiología (la causa) de sus dificultades o, al menos, de cuáles procesos biológicos están afectados, de cuál es la evolución posible de la enfermedad y de qué tipo de tratamiento podría beneficiar a la persona. El valor que tiene un diagnóstico en psiquiatría no es equivalente; sin embargo, se le atribuye tanta o más importancia por su analogía a lo que ocurre en la primera. A veces, la mayor parte

de la atención del quehacer de los equipos de salud mental recae en la búsqueda del diagnóstico preciso y se descuidan otros aspectos tanto o más relevantes, lo que se debe a que son equipos imbuidos del modelo médico. “Encasillar” a la persona en una categoría diagnóstica determinada, infrecuentemente aporta, en salud mental, elementos decisivos para comprender el problema y para saber cómo abordarlo. Es una ilusión pensar que un diagnóstico de apendicitis y otro de depresión sean equivalentes.

La remedicalización de la psiquiatría desde fines de los años '70

Como indicamos anteriormente, a fines de los '70 un movimiento denominado “neokraepeliano” se propuso remedicalizar la psiquiatría, y como elemento fundante de esa de esa remedicalización, se propuso generar un nuevo sistema de conceptualización y descripción de los problemas de salud mental. La meta fue establecer criterios diagnósticos definidos de entidades a las que se buscó delimitar de forma precisa. Estas entidades eran los *trastornos mentales*. La meta fue lograr tener criterios *confiables** (o sea, que los distintos profesionales coincidieran al diagnosticar de un trastorno determinado a una persona) y que, progresivamente, se pudiera establecer su *validez** (esto es, pruebas que justificaran el considerar a cada trastorno como una entidad definida y diferenciada). Como estos criterios no podían considerar la desconocida causalidad de los trastornos, y dada la diversidad de enfoques existentes, se propuso generar de modo sistemático una descripción lo más operacional posible de los criterios de cada categoría diagnóstica específica (esto es, de cada trastorno) sin asumir ninguna “etiología”. Los principios en que debía basarse este sistema de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales fueron, por tanto:

- 1) Ateoricismo. La idea era que los criterios diagnósticos estuvieran separados de la forma como podían ser entendidos los trastornos (con los años se reconoció que un sistema ateórico es imposible, y que el modelo que se estaba proponiendo era más compatible con algunos enfoques que con otros).

- 2) Descriptivo y operacional. Debía darse prioridad a describir las manifestaciones de cada trastorno. Cada criterio diagnóstico debía ser lo más observable posible, preciso y detallado.
- 3) El sistema debía aceptar que era solo descriptivo y no etiológico y ser neutral respecto de las causas (por eso, por ejemplo, la distinción histórica entre depresión endógena, reactiva y exógena desapareció en este sistema, pues esa es una distinción que se basa en las causas a que se atribuye la depresión).
- 4) Empírico. Aunque el sistema estaba fuertemente basado en el consenso logrado en cada comité encargado de crear los criterios diagnósticos, la pretensión era que cada decisión estuviera lo más posible basada en los mejores datos de investigación disponibles.

La voluntad de que se generara un sistema basado en estos principios se impuso en la Asociación Psiquiátrica Americana (la “APA” psiquiátrica) y dio lugar a una drástica renovación de los sencillos sistemas de clasificación y diagnóstico que se manejaban previamente. El sistema de clasificación y diagnóstico de la APA se llamaba *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* y estaba en la edición II en ese entonces (de ahí que su sigla era DSM-II). La renovación se expresó con la tercera edición de este manual: el DSM-III. Esta tercera edición del (en castellano ahora) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* se publicó en 1980.

La publicación del DSM-III es un hito sustancial en la historia de la psiquiatría contemporánea, pues logró consolidarse como el referente conceptual central de la disciplina y logró el objetivo de que la psiquiatría se viera más a sí misma como una rama de la medicina (y que fuera vista externamente así). El DSM-III fue declarado ateuórico, por lo que no se hace una mención explícita al modelo médico en que se inspiraba, pero, como hemos reiterado, ello está a la base de este sistema conceptual. Como se declara ateuórico y no etiológico, el sistema no señala explícitamente que se estima que la base explicativa central de las diferencias entre los distintos trastornos es biológica, pero ese supuesto puede ser identificado en los modos de conceptualización. Si bien ya “oficialmente” no se habla de enfermedades mentales sino de trastornos mentales, tras el DSM-III, permaneció, luego de ese cambio de nombre, la misma pretensión de identificar entidades que tendrían tal parecido con las enfermedades que harían que la psiquiatría no tenga mayor diferencia con

el resto de la medicina (de ahí la expectativa que ha existido en la psiquiatría de que los test psicológicos fueran un análogo a los exámenes de laboratorio en otros ámbitos de la medicina).

Como he insistido, no es exacto que el modelo médico de los problemas de salud mental no reconozca otro factor etiológico relevante que el biológico. Incluso podríamos decir que es un modelo compatible con una mirada biosicosocial. El modelo médico en psiquiatría puede ser más o menos biologista, pero reconoce *alguna* multicausalidad. Sin embargo, hay bastantes argumentos para sostener que la prioridad casi inevitable del modelo médico es hacia los factores biológicos (una razón para ello es que, sin asumir que cada trastorno tiene factores biológicos distintivos, es difícil apostar tanto como lo hace el modelo médico a que existan trastornos específicos bien delimitados entre sí). La interpretación biologista del DSM se vio retroalimentada por diversos otros fenómenos que ocurrieron en el contexto cultural de la época, que determinaron que el interés por el significado de los comportamientos humanos se viera cada vez más reducido y fuera predominando, en consecuencia, un modelo médico muy reduccionista tanto en el modo de concebir las dificultades como en el modo de praxis.

Si bien han surgido nuevas ediciones del DSM (hoy estamos en la edición quinta, DSM-5), la base conceptual de estas nuevas ediciones es la misma que la del DSM-III. El DSM-III se publicó en 1980; en 1987 fue revisado, pero no se consideraron los cambios tan importantes como para considerar que era una nueva edición, y se le llamó DSM-III-R (la “R” de “revisado”); en 1994 se publicó el DSM-IV; el año 2000, el DSM-IV fue revisado nuevamente, pero los criterios diagnósticos de los trastornos no se modificaron, sino que solo se revisó la información que en este manual acompaña a los criterios de cada trastorno (el texto), por eso se le llamó a esta revisión DSM-IV TR (la TR es de “texto revisado”). El año 2013 se publicó el DSM-5 (y como se espera ir publicando actualizaciones que sean, por ejemplo, DSM-5.1, DSM-5.2 y así, sucesivamente, ahora se usa número arábigo para denominar esta edición).

Los principios que dieron lugar al DSM-III también irradiaron a la psiquiatría internacionalmente. Aparte del sistema clasificatorio y diagnóstico de la APA, existía —y existe— otro sistema relevante internacionalmente en ese momento, que producía la OMS. La OMS era, y es, responsable de generar un sistema de clasificación de todas las enfermedades humanas; en el marco de este sistema, considera un capítulo

especial para los trastornos mentales. Este sistema recibe el nombre de Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). El capítulo referido a los trastornos mentales de la décima edición de la CIE-10, publicada el año 1992, se sostuvo en las mismas bases conceptuales que el DSM-III, y así continúa hasta hoy (recientemente se ha publicado la edición 11 de la CIE). Hay diferencias entre la clasificación CIE y APA en aspectos específicos, los criterios diagnósticos de cada trastorno no siempre son equivalentes, pero la lógica de ambos sistemas clasificatorios y diagnósticos es la misma.

Todo lo señalado permite entender por qué existen en psicopatología definiciones “oficiales” de los trastornos (ciertamente, en otros ámbitos científicos también existen definiciones “oficiales” pero no tienen la centralidad que tienen en psicopatología). La pretensión de la APA y OMS ha sido generar consensos en las comunidades profesionales respecto del uso de las categorías diagnósticas. De hecho, los sistemas DSM y CIE son básicamente el resultado del acuerdo de comités de expertos respecto de qué considerar como trastornos mentales y de cuáles serían sus características definitorias. Solo en el sentido de tener aprobaciones institucionales las definiciones de trastornos propuestas en el DSM o CIE son, entonces, oficiales, lo que no significa que no sean discutibles y controversiales.

La psiquiatría logró un gran posicionamiento público tras su decisión de remedicalizarse. Junto a la publicación y difusión del DSM-III y de sus ediciones posteriores, se ha vivido en las últimas décadas una gran expansión del arsenal de fármacos psiquiátricos y un intenso desarrollo de la investigación neurocientífica. Todo ello le ha dado una aparente consistencia al modelo médico de los problemas de salud mental. Sin embargo, este éxito aparente ha ido acompañado de una serie de dificultades que son cada vez más visibles.

Entre esas dificultades, están los débiles fundamentos en que descansa la conceptualización de los diferentes trastornos mentales. Diversos autores señalan, con argumentos interesantes de considerar, que la situación de la psiquiatría es, al día de hoy, no muy distinta de la existente a lo largo de toda su historia: no hay claridad de las bases biológicas de los trastornos que se proponen; los diferentes trastornos están caracterizados, básicamente, por ciertas manifestaciones que se estiman relativamente típicas de cada uno, pero la capacidad de distinguir fundamen-

tadamente entre trastornos está, en general, en entredicho, excepto en algunas pinceladas gruesas (Bentall, 2011; González y Pérez, 2007).

Sería erróneo entender estas críticas como críticas a la psiquiatría en sí misma y, menos, como críticas a los psiquiatras: son críticas al modelo médico de entendimiento de los trastornos mentales. Muchas de estas críticas han sido planteadas por psiquiatras. Si bien el modelo médico es el dominante en la psiquiatría, no lo es sin que existan críticas y visiones diferentes. Por otro lado, este modelo médico es, no pocas veces, asumido acríticamente por psicólogos y otros profesionales del campo de la salud mental.

¿Cómo sobrevive el modelo médico en salud mental si las bases biológicas no permiten justificar la existencia de los trastornos que se proponen? Thomas Szasz (un psiquiatra crítico, fallecido hace poco, una de las figuras del movimiento “antipsiquiátrico” de los años 60-70), fue uno de los más enfáticos en señalar esta incongruencia. Decía él que si no hay base biológica clara, la enfermedad mental o trastorno mental no es más que un mito (se refiere a una base biológica que tenga un poder explicativo; desde luego, siempre algo le está ocurriendo a la biología de la persona cuando está experimentado cualquier cosa; sino eso no fuera así, la persona estaría muerta). Es curioso, pero la propia concepción biologista de los trastornos mentales dominante ha impedido una buena defensa de esta crítica clásica. En vez de sostenerse que lo que define y cualifica a los distintos trastornos no está en la biología, lo que se ha planteado es que ya se descubrirán esas bases biológicas. Como ello no ha ocurrido, esta crítica de Szasz sigue, en ese contexto, retumbando amenazante. Ello explica también la exagerada celebración que se ha hecho a lo largo de la historia de la psicopatología, de aparentes descubrimientos, como las teorías neuroquímicas de los trastornos mentales, que se han demostrado erróneas (y que, pese a la popularidad que alcanzaron, siempre tuvieron escaso sustento).

Hay varias razones por las que el modelo médico en psiquiatría se mantiene. Una, ya la indicamos: se sigue asumiendo que es cuestión de tiempo que la base biológica de los trastornos se identifique. Las últimas ilusiones fueron puestas en el desciframiento del genoma humano. Ya se vio que eso era otra ilusión muy simplista, pero se siguen aguardando nuevos hallazgos. Por otro lado, se argumenta, aunque esto es muy controversial, que aunque no estén claras las bases biológicas de los

trastornos, ya habrían existido grandes progresos al respecto, esto es, ya habría alguna base causal conocida de al menos algunos trastornos. Sin duda han existido progresos importantes en neurociencia y en genética; la discusión es si esos progresos han sido consistentes y si permiten darle plausibilidad a un modelo médico de entendimiento de los trastornos mentales; en general, y esto lo señalan incluso los más ardorosos defensores de este modelo médico, es bien discutible que existan hallazgos biológicos a los que se pueda considerar suficientemente sólidos como para sustentar la validez de la mayoría de las categorías diagnósticas de trastornos mentales que hoy se describen (Deacon, 2013).

Pese a sus debilidades, el modelo médico en psiquiatría está institucionalizado e irradia con fuerza hacia todo el campo de la salud mental. Otro factor crucial que ha jugado a su favor, y que diferencia sustantivamente a la psiquiatría actual de la de comienzos del siglo XX, es que hoy la psiquiatría cuenta con un arsenal farmacológico que antaño no tenía. Debe tenerse presente que es un arsenal que permite atenuar “síntomas”, pero que no cuenta con fármacos que actúen sobre causas. Las denominaciones de estos fármacos psicotrópicos como “antidepresivos”, “ansiolíticos”, “antipsicóticos” tienen mucho de mercadotecnia dado que no son específicos para “tratar” los trastornos y dado que no actúan sobre las supuestas causas (con frecuencia tampoco es del todo claro el mecanismo de acción que tiene el fármaco para producir sus supuestos efectos). La eficacia de los psicotrópicos está, en general, sobrestimada; los mal llamados “efectos secundarios” pueden ser muy importantes y, muy probablemente, están subestimados. Este es un campo de intensa discusión, aunque lamentablemente esta discusión no tiene aún la visibilidad que debiera; es una discusión, hasta ahora, muy “encerrada” en ciertos círculos. De particular importancia es el análisis sobre el efecto *iatrogénico** que podrían estar teniendo los psicotrópicos (cuyo consumo a nivel mundial se ha vuelto impresionante), paradójicamente, en la salud mental de las personas (Whitaker, 2011).

IV.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR TRASTORNO MENTAL?



EN TODOS LOS CAPÍTULOS previos se ha aludido al concepto de trastorno mental, pero se ha esquivado profundizar en él, pues no es un tema sencillo de analizar. Robert Spitzer, el editor del DSM-III, cuenta que tuvo tentaciones de evitar una definición de este término, aunque, finalmente, se decidió a dar ese paso y participó de la creación de una “definición oficial”. Ya se ha señalado que trastorno mental es un concepto clave de la psicopatología y psiquiatría y que ello se explica porque, desde el modelo médico de entendimiento de los problemas psicológicos, es fundamental contar con *entidades* que, aunque no sean enfermedades, sean análogas a ellas para que el modelo tenga sentido. Esas entidades son los trastornos mentales.

La definición de trastorno mental que está en el DSM-5 (APA, 2014, p. 20) es casi idéntica a la que se propuso en el DSM-III. Textualmente, señala:

síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos

mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente.

Como se observa, los trastornos mentales son establecidos a partir del reconocimiento de un síndrome, esto es, de un conjunto de signos y síntomas que se estima tienden a estar relacionados y a co-ocurrir (sin embargo, no se espera que estén todos, ni un grupo particular de ellos, aunque sí hay algunos síntomas que pueden ser considerados indispensables según el trastorno de que se hable).

Para cada trastorno, en el DSM se presentan criterios diagnósticos. El criterio que alude a la existencia de un síndrome es el criterio “A” (como ejemplo, se pueden ver en los Anexos los criterios diagnósticos del DSM-5 del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad TDAH). El criterio A es el criterio diagnóstico central de cada trastorno (es el “criterio sindromático”), aunque todos los criterios deben cumplirse. Si los trastornos mentales solo consideraran el criterio A, significaría que los trastornos serían “síndromes” (síndromes bien operacionalizados, con tiempos mínimos de duración y número mínimo de síntomas y signos para ser reconocidos como tales, pero síndromes al final y al cabo). Desde el modelo médico que inspira esta conceptualización, ello sería muy pobre: la idea es que los trastornos sean entidades con “más cuerpo” que solo síndromes. Se busca que un trastorno sea algo lo más parecido posible a la idea de una enfermedad delimitada. Por eso, cada trastorno tiene un conjunto de criterios que tratan de acotar de un modo preciso y distintivo a qué corresponde.

Siguiendo con la definición de trastorno mental, se indica que este síndrome está caracterizado por “una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo”. Ello quiere decir que esa alteración es de cierta importancia, que merece la pena tomarla en cuenta, que alguien, el “clínico”, en particular, puede darse cuenta de ella. Este componente está relacionado con otro mencionado más abajo en la definición, que señala que “habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”. Este último componente quiere decir que la presencia de los problemas recogidos en el criterio A hacen que la persona lo “pase mal” (“estrés significativo” o “malestar clínicamente significativo”) y/o que estos

problemas le generan discapacidad o interferencia para desenvolverse en algunos dominios de la vida (también se usan las palabras “impedimento” o “deterioro” para referirse a esto). Este componente de la definición de trastorno mental suele ser uno de los criterios diagnósticos considerados en los trastornos particulares (se puede ver como se operacionaliza para el TDAH en el DSM-5 mirando el criterio diagnóstico D).

Un componente muy importante de la definición de trastorno mental es que se señala que “este síndrome refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”. Lo que se está planteando con esto es que el síndrome reflejaría una “*disfunción*” en el individuo, lo que, en otras palabras, significa que el síndrome expresa una anormalidad en la persona, que sería la que subyace y explica sus problemas (esta anormalidad estaría en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo). Es muy relevante tener presente que esa disfunción se “*infiere*”, no se detecta ni se explora a través de los criterios diagnósticos: los criterios diagnósticos de los trastornos específicos no indican qué se debe mirar para establecer si está presente esa disfunción o anormalidad (como se observa en el anexo, en los criterios del TDAH no encontrarán ninguno referido explícitamente a la existencia de una disfunción que deba ser identificada). Se está asumiendo, por tanto, que si los criterios diagnósticos de un trastorno se satisfacen, existiría una disfunción en la persona que lo explicaría, pero los criterios diagnósticos no aluden directamente a la identificación de esa disfunción. Esta es una grave incongruencia que existe entre la definición global de trastorno mental y los criterios diagnósticos de los trastornos particulares, que ha sido destacada sobre todo por Jerome Wakefield. Para establecer si hay algo que se pueda considerar una disfunción, sería central considerar el contexto en que aparecen los “síntomas y signos”. Sin embargo, los criterios diagnósticos son en gran medida “ciegos al contexto” de la persona. Imagine que un niño o niña cumple el criterio A del TDAH. Imagine que también cumple los criterios B, C, D y E ¿Por qué habría que considerar que ese niño/a necesariamente presenta una disfunción individual psicológica, biológica o en su desarrollo? Por definición, sus características están generando dificultades, pero ¿por qué corresponden a una disfunción y por qué es él/ella quien la tiene? Si se miran los criterios diagnósticos, se pueden observar que ninguno considera el contexto de relaciones del niño o niña, su historia de vida o la

presencia de otros factores que pudieran explicar que se comporta como lo hace. El contexto en que aparece el problema es básicamente ignorado (en el caso del TDAH solo se exige que algunos signos o síntomas se expresen en más de un lugar, pero eso no es una evaluación contextual profunda). Si un niño que cumple los criterios diagnósticos de TDAH vive una historia de maltrato y negligencia que pudiera explicar sus dificultades, ello no excluye el diagnóstico de TDAH, y, por lo tanto, habría que asumir que él tiene una disfunción (se podría contra-argumentar que esa historia de maltrato no excluye la existencia de una disfunción, sino que, por el contrario, ayuda a entender cómo se ha producido, pero, aun así, no sería claro qué es lo que demuestra la existencia de la disfunción). Por supuesto, un buen clínico no se guiará solamente por los criterios diagnósticos del DSM para evaluar lo que sucede y para establecer la presencia o no de un TDAH... lo que es paradójico... pues significa que un buen clínico no debe basarse solo en los criterios diagnósticos que se han diseñado para estandarizar el uso de los diagnósticos, de modo que usarlos bien significa un uso no estandarizado de ellos. Y eso plantea un tema de fondo: si no usa los criterios estandarizados como una guía para hacer los diagnósticos, sino como una mera referencia ¿en qué debe basarse para hacer los diagnósticos? La respuesta a esa pregunta es que debería basarse en una comprensión respecto a de qué se trata en realidad el trastorno en cuestión, pero comprensiones profundas y ampliamente aceptadas de lo que es en realidad cada trastorno no existen, y los criterios diagnósticos suelen reemplazar esa ausencia de claridad (y esa ausencia de claridad, a su vez, es lo que explica que la existencia de criterios diagnósticos “oficiales” sea tan importante). En el caso que estamos planteando, si el clínico decide que eso no es un TDAH, implica que tiene una teoría de cuando tiene sentido ese diagnóstico y cuando no, pero esa teoría implica que debe usar más elementos para diagnosticar que los considerados en los criterios “diagnósticos oficiales” (otra posibilidad es que piense que “formalmente esto es un TDAH, pero eso no tiene importancia en este caso, pues en realidad el problema es otro”, lo que también sería un uso “clínico” de los criterios diagnósticos). Para decirlo de otra manera, los criterios diagnósticos solo debieran ayudar al diagnóstico de un trastorno particular, pero, en principio, no debieran ser la base de comprensión de qué constituye ese trastorno y, por lo tanto, el diagnóstico no debiera basarse solo en el cumplimiento de los criterios diagnósticos. Sin embargo, esa comprensión es la que muchas veces no está clara

y, paradójicamente, se suele depender de los criterios diagnósticos para definir lo que es cada trastorno y, por tanto, para diagnosticarlos.

Que los criterios diagnósticos sean ciegos al contexto facilita enormemente que muchas personas cumplan los criterios diagnósticos de un trastorno mental, aun cuando no existan razones para asumir que tienen una disfunción individual que justifique el diagnóstico de un “auténtico” trastorno mental (qué sería un “auténtico” trastorno mental es una cuestión debatible. El punto es que esos diagnósticos ni siquiera satisfacen la definición de trastorno mental que da el propio DSM). A esto se refiere la crítica que luego se comentará relativa a que los criterios diagnósticos en uso son sobreinclusivos. En los hechos, en el sistema DSM lo sustantivo en los criterios diagnósticos de cada trastorno no es la disfunción, sino la existencia de un patrón o síndrome reconocible y la existencia de malestar o discapacidad que se considere de cierta importancia.

Lo que explica que en la evaluación de la existencia de una disfunción no esté en los criterios diagnósticos de las diferentes categorías diagnósticas específicas es que eso obligaría a evaluar el contexto y su posible relación con el problema que presenta la persona, y eso va contra los principios del sistema clasificatorio (introduce subjetividad, exige teoría, análisis de qué le puede estar sucediendo a la persona). ¿Por qué, entonces, el supuesto de la disfunción es, sin embargo, mantenido en la definición general de trastorno, si no es utilizado en la práctica en los criterios diagnósticos de los trastornos particulares? Se mantiene dado que es un supuesto fundamental del modelo médico: este supone que habría a la base del problema una disfunción, una anormalidad (biológica, habitualmente), una disfunción que no se sabe bien cuál es, pero que tiene que estar presente: si no hay disfunción o anormalidad que esté a la base ¿por qué se hablaría de que hay un trastorno? Desde luego, esto no sería un problema si los criterios diagnósticos fueran una simple ayuda para el diagnóstico y existiera una comprensión de qué es lo que verdaderamente caracteriza a cada trastorno. Pero eso escapa a los criterios diagnósticos y requiere consideraciones más complejas que, lamentablemente, suelen omitirse (el propio sistema diagnóstico invita a que se omitan, pues esas consideraciones implican un uso reflexivo y, por tanto, no estandarizado de los criterios. De hecho, la riqueza del conocimiento psicopatológico se pierde con ese uso. En ese sentido, se considera que el DSM le ha hecho un daño a la psicopatología y a la clínica).

Sin embargo, hay que matizar las afirmaciones previas. Si bien los criterios diagnósticos no analizan “de frente” la existencia de una anormalidad o disfunción, sí lo hacen, en algún grado limitado, de modo tácito. Lo analizaremos en el capítulo siguiente.

Otro componente de la definición de trastorno mental señala que “una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental”. Ello implica evaluar el contexto del problema para ver si la respuesta es predecible o culturalmente aceptable (y de ser así, no tendría sentido presuponer una disfunción). Pero aquí aplica nuevamente lo ya dicho respecto de la disfunción: el contexto en que se dan los problemas no es considerado en los criterios diagnósticos de los trastornos particulares. Por lo tanto, lo que es aceptable o no culturalmente no es analizado en detalle, en general, en los criterios diagnósticos de los trastornos particulares (pueden ver que en los criterios diagnósticos del TDAH no hay ninguna referencia a un contexto cultural que haga aceptable o comprensibles algunas conductas). Una excepción parcial a esto se da en relación al diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Si bien los criterios diagnósticos de la depresión mayor no consideran el contexto, el DSM-5 sí “aconseja” al clínico a tomar en cuenta la existencia de un duelo o de un estresor que pueda explicar el estado anímico depresivo (lo aconseja con una “nota”, no en los criterios diagnósticos mismos; esa nota invita al clínico a que considere qué pérdidas o estresores pueden gatillar dificultades semejantes a las del trastorno depresivo mayor, sugiriendo que tenga esto presente en el *diagnóstico diferencial**). Los criterios diagnósticos de los trastornos, en general, solicitan considerar diagnósticos diferenciales con otros trastornos que podrían explicar mejor los “síntomas” (vean el criterio E para el TDAH en el anexo como ejemplos de diagnósticos diferenciales del TDAH. Tengan presente que el DSM no impide hacer más de un diagnóstico a la vez si ello está justificado por el cumplimiento de los criterios. A eso se le llama “comorbilidad”).

La última consideración en la definición de trastorno mental es que “un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente”. Aquí de nuevo tenemos el asunto de la disfunción. En la práctica, lo que se está diciendo es que si alguien tiene una conducta no

habitual, o que implica un conflicto con la sociedad, ello, por supuesto, no es un indicador por sí mismo de la presencia de un trastorno mental. Esa conducta solo sería indicadora de un trastorno mental si es que se puede demostrar que la presencia de una anormalidad o disfunción es la mejor explicación de por qué la persona se ha comportado así. Como el DSM no indica cómo evaluar anormalidad o disfunción explícitamente, esto se transforma en evaluar si la persona cumple con los criterios diagnósticos de algún trastorno mental que pueda explicar su conducta.

Este es un tema muy complejo, relevante para la psicología y psiquiatría jurídica y forense: un hombre degüella a otra persona. Eso no es por sí mismo un indicador de trastorno mental. Hay que analizar si hay una disfunción o anormalidad que explique esa conducta. Dado que no existen criterios claros para evaluar la existencia de una disfunción, lo que termina ocurriendo es que se analiza si ese hombre cumple con los criterios diagnósticos de un trastorno específico. Para seguir con el ejemplo, si la persona tiene algún tipo de trastorno psicótico, podría ser que su conducta sea considerada expresión de ese trastorno (en cambio, si presenta un trastorno como una depresión mayor no psicótica, es improbable que se la considere relacionada con la conducta de degollar).

Esto significa que alguien puede tener una conducta aberrante desde el punto de vista social o moral, pero que eso no es, por sí mismo, un indicador de trastorno mental. Tampoco lo es una creencia que parece “descabellada”. Por cierto, sería un error patologizar los comportamientos humanos indeseables o inadecuados (o que son adecuados desde un punto de vista, pero no de otro). El problema es que si queremos analizar si hay disfunción o anormalidad en el comportamiento de una persona, el DSM no nos ayuda, porque no nos da pistas para saber aquello, solo nos da un catálogo de trastornos.

Espero que lo señalado me haya permitido hacer más clara la diferencia entre los conceptos de problema psicológico y el concepto de “trastorno mental”. El primero es un concepto amplio, sin delimitaciones claras. El segundo es un concepto “técnico”, que se ha tratado de delimitar en forma precisa y que está hoy “oficializado”. Como señalé en el capítulo 2, todo trastorno mental puede ser considerado un problema psicológico, pero no todo problema psicológico puede ser considerado un trastorno mental, de acuerdo a como son definidos los trastornos mentales. Otra cosa son los problemas que tienen esas definiciones, como ya hemos empezado a analizar.

Es importante no confundir trastorno mental con la gravedad de un problema psicológico. Hay trastornos graves (por ejemplo, trastorno de personalidad limítrofe) y otros menos graves (por ejemplo, fobia a las arañas) y cada trastorno puede tener diferentes niveles de gravedad (por ejemplo, el mal llamado “trastorno depresivo mayor”, cuyo solo nombre asusta, tiene diferentes niveles de gravedad: leve, moderado y grave). Por otra parte, como analizaremos más adelante, no debiera confundirse entre diagnóstico de un trastorno mental, como los define el DSM, con necesidad de un tratamiento profesional. Sin embargo, se suele pensar, erróneamente, que el cumplimiento de los criterios diagnósticos de un trastorno es un indicador de necesidad de tratamiento, incluso por profesionales avezados.

El concepto de trastorno mental ha ampliado mucho sus límites respecto de lo que tradicionalmente abarcó. Antes de la masificación de las etiquetas diagnósticas, era más cercano al ámbito de lo que profanamente se denominaba locura (término hoy reivindicado por algunos autores, por ser menos medicalizado que el de psicosis u otros análogos); en cambio, hoy no es así. Dado que para la psicopatología basada en el modelo médico es central poder identificar trastornos, se distingue un “nuevo trastorno” cada vez que se logra identificar un supuesto patrón sintomático del cual se pueda sostener, con alguna evidencia, que tiene alguna especificidad. O sea, si se logra darle alguna “identidad” a un problema psicológico, este se transforma en una nueva categoría de trastorno mental. Si bien el proceso de reconocimiento de trastornos no es arbitrario, no descansa tampoco en elementos sólidos. Entre el DSM-II y DSM-III existió un aumento enorme de las categorías diagnósticas. El proceso de construcción de nuevas categorías ha continuado de modo acelerado desde el DSM-III al presente (es peligroso para la columna andar con las últimas ediciones del DSM en la mochila: es un libro muy pesado, cada vez con más categorías).

Es dudoso que la proliferación de categorías diagnósticas esté permitiendo una mejor comprensión de los problemas psicológicos; por el contrario, esto favorece una mayor psicopatologización de la población (hay más categorías que aplicarles a las personas, por lo que más personas pueden cumplir los criterios de algún diagnóstico, lo que, a su vez, contribuye a dar la impresión de que los trastornos mentales están aumentando). La proliferación de nuevas categorías ha horrorizado incluso a psiquiatras tan comprometidos con el modelo médico como, nada

menos, que Allen Frances, editor jefe del DSM-IV. Cuando se publicó el DSM-5 señaló a los medios “este es el día más triste de mi vida como psiquiatra”. De hecho, la publicación del DSM-5 dio lugar a una intensa polémica pública respecto de esta tendencia a la proliferación de categorías y a la disminución de los “umbrales diagnósticos”*, lo cual favorece que más y más personas puedan recibir etiquetas diagnósticas psiquiátricas (Frances, 2014).

Una última consideración: hay algo que se suele omitir al analizar qué son los trastornos mentales incluidos en los sistemas clasificatorios y diagnósticos al uso: aquello que ha sido objeto de clasificación son problemas que han generado de algún modo necesidad de respuesta de quienes trabajan en el campo de la salud mental, el que ha visto la necesidad de “etiquetarlos” (sin etiqueta es difícil que los sistemas de salud atiendan esos problemas o financien las necesidades de prestaciones de las personas... los seguros privados de salud fueron uno de los principales impulsores del DSM-III, querían delimitar aquello que cubrirían). Ello permite entender que los “problemas sexuales” estén en un capítulo del DSM-III; que en otro estén los problemas de aprendizaje y, en otro, la dependencia al tabaco ¿Quién podría clasificar de modo coherente fenómenos tan diversos? ¿Qué tienen en común estos fenómenos que los hace a todos “trastornos mentales”? Son preguntas que difícilmente se pueden responder desde una perspectiva “ontológica” sino más bien pragmática.

Aclaraciones terminológicas

Es importante tener presente que, a veces, el concepto de trastorno mental o psiquiátrico se utiliza en un sentido restringido para referirse a trastornos mentales graves (los llamados “trastornos psiquiátricos mayores”, por ejemplo, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar). Como siempre, hay que estar atento a los contextos de uso de los términos. Cuando un juez, por ejemplo, se pregunta por si hay un trastorno mental o psiquiátrico no se refiere a cualquier posible trastorno mental: se refiere los tipos de trastorno mental que puedan afectar el discernimiento de una persona al efectuar una conducta delictiva (una demencia o un estado psicótico, por ejemplo). En esos casos no se está usando el término en la amplitud que tiene en la CIE o DSM.

Es frecuente que en vez de que se hable de “trastornos mentales” se hable de “trastornos psiquiátricos”. Son términos sinónimos, aunque no es estrictamente correcto hablar de trastornos psiquiátricos pues genera la impresión de que son problemas que solo “pertenecen” a la psiquiatría. En consecuencia, resulta más apropiado hablar de trastornos mentales (aunque sea para criticar el término). De hecho, el término “oficial” en “la Biblia” de la psicopatología y psiquiatría, como se conoce al DSM, es el de trastorno mental. Sin embargo, el lenguaje suele usarse de modo laxo en este tema y es necesario estar atento para no confundirse.

Algunos psicólogos emplean, para referirse a los trastornos mentales, el término de “trastornos psicológicos”. Ello se presta a interpretaciones erróneas. Hablar de “trastornos psicológicos” para referirse a los trastornos mentales confunde porque alguien podría entender que se está hablando de otros trastornos. Dado que la psicología ha tendido más bien a ser crítica con el concepto de trastorno mental, hablar de “trastorno psicológico” puede ser como “dispararse a los pies”, asumiendo el modelo médico, que es lo que, frecuentemente, hacen quienes hablan de trastornos psicológicos. Por cierto, el concepto de trastorno mental puede ser usado desde otras perspectivas no dominadas por el modelo médico y no remitir a su “sentido DSM” (y en ese uso *no* desde el modelo médico podría reivindicarse también el uso del término trastorno psicológico, no en el sentido corporativista de aludir a trastornos “propiedad” de la psicología como disciplina, sino en el sentido de problemas que tiene ver con la dimensión psicológica del ser humano). Pero ello puede ser confundente, amén de los problemas que en sí mismo tiene la palabra trastorno. En este texto evitaremos esos usos alternativos.

Trastorno mental y necesidad de tratamiento

Una confusión habitual que se ha generado con el uso de los criterios diagnósticos del DSM o CIE es que se tiende a suponer que si una persona “califica” cumpliendo los criterios diagnósticos de un trastorno, entonces, lo tiene y, por tanto, necesitaría tratamiento. La primera parte de esta suposición es correcta: si cumple los criterios diagnósticos de una categoría diagnóstica, entonces, “tiene” ese trastorno, pero lo “tiene” desde esos criterios, que son insuficientes. Es un “lo tiene” que el profesional

que evalúa debiera analizar si realmente corresponde a una caracterización pertinente y útil de lo que le está sucediendo a esa persona (sino fuera el caso, un algoritmo computacional podría hacer mejor incluso los diagnósticos que un profesional de salud mental). La segunda parte del supuesto es errónea: los criterios diagnósticos no están hechos pensando en definir si una persona requiere o no tratamiento, aunque se suelen interpretar, erróneamente, de este modo. O sea, al margen de si estamos de acuerdo o no que alguien “tiene” determinado trastorno, tal como este sea entendido, otra cosa es decidir si la persona requiere alguna forma de tratamiento.

Esta interpretación errónea que identifica el diagnóstico de un trastorno de acuerdo con los criterios de los manuales clasificatorios con la “necesidad de tratamiento” puede llevar a que se considere que lo requiere una persona para quien no se justifica o, al contrario, a considerar que no necesita apoyo una persona que, si bien no califica con todos los síntomas o criterios para un trastorno dado, puede efectivamente necesitarlo. Es cierto que los criterios de trastorno implican que una persona lo está pasando mal o tiene algún grado de discapacidad para enfrentar las exigencias de la vida en ese momento, pero nada nos dicen de por qué estará pasando aquello ni de qué recursos personales y sociales tiene esta para afrontar esa circunstancia, ni de su pronóstico (y la evaluación de este estar pasándolo mal o discapacidad es muy vaga y subjetiva; para identificar necesidades de apoyo se requiere más que eso). Por ejemplo, algunos estudios muestran que más de la mitad de las personas que califican con un trastorno como depresión mayor, de acuerdo a los criterios DSM, a los seis meses ya no satisfacen los criterios de este diagnóstico sin tratamiento alguno. Por otro lado, alguien puede requerir apoyo porque está muy invalidado por un problema que es “subumbral” (esto es, que no cumple todos los criterios) o que no es un trastorno mental en el sentido CIE o DSM, pero que le afecta la vida y para el que sus recursos personales son insuficientes. Por ejemplo, alguien que está experimentando una crisis familiar intensa que no se logra resolver, problemas relacionales en el trabajo, una sensación de crisis existencial intensa.

El tema de la necesidad de tratamiento es muy complejo. Las necesidades de apoyo que una persona puede necesitar no se derivan directamente del diagnóstico psiquiátrico que pueda recibir. Ya se ha enfatizado lo importante que es considerar que las personas en general son capaces

de enfrentar los desafíos que supone la vida y los problemas que les puede implicar. También se señalaron algunas consideraciones que ayudan a establecer que una persona presenta un problema de salud mental por el que podría ser conveniente que recibiera apoyo o “tratamiento” (no es demasiado feliz el término “tratamiento” por su connotación médica, pero no lo discutiremos en este contexto). Desde luego, aquí están en acción cosmovisiones: ¿cómo deben entenderse las dificultades de las personas? ¿cómo y quién debe apoyar a las personas en dificultades? Nuestra sociedad está dominada por un imaginario terapéutico. No podemos sustraernos a él por simple decisión, eso sería muy ingenuo, como si uno pudiera desprenderse de su cultura con una sola decisión. Pero conviene un cierto distanciamiento reflexivo al respecto.

A continuación, se detallarán más consideraciones que, en nuestro contexto cultural, pueden ser útiles para pensar que alguien sería conveniente recibiera alguna forma de “tratamiento” en salud mental (no tienen que darse todas, son solo elementos para el análisis de la situación):

- 1) existe un problema que afecta de modo importante el bienestar de la persona, su adaptación, sus capacidades para lidiar con las exigencias de la vida.
- 2) aunque el problema pueda haber sido gatillado por factores estresantes, parece haberse “independizado” de ellos, no es suficiente que el estresor desaparezca para que la persona pueda reestablecer su bienestar.
- 3) el problema no da la impresión de que pudiera irse solucionando con el paso del tiempo.
- 4) no se observan suficientes recursos en la persona para lidiar de modo adecuado con sus dificultades.
- 5) las capacidades de la red de apoyo de la persona son insuficientes para apoyarla
- 6) las acciones de la propia persona (y/o de los demás cercanos) en vez de ayudar a que los problemas se vayan resolviendo los van manteniendo y/o agravando.

Cuando una persona está enfrentando una situación así, puede ser conveniente que reciba apoyo profesional para salir de ese estado de entrapamiento. Al respecto, una última consideración: hay necesidad de repensar las necesidades de apoyo a las personas aporreadas. La

atención en salud mental ha tendido a centrarse en dos respuestas principales. Una, la farmacoterapia, que tiene limitaciones y riesgos muy delicados. El tema de los psicofármacos es muy complejo y polémico. Hay, en general, acuerdo en que en las sociedades contemporáneas existe un abuso de psicofármacos, con efectos iatrogénicos. Sin embargo, existe una tendencia muy fuerte todavía a considerarlos la primera línea de acción en la mayoría de los tratamientos. Contradiciendo esta práctica extendida, hay diversos planteamientos, todavía minoritarios, que apuntan a un uso mucho más selectivo y acotado de los psicofármacos. Resulta muy discutible plantear la inconveniencia de todo tipo de psicofármacos, pero sí es necesaria una discusión amplia en el campo de la salud mental, involucrando a la sociedad, acerca de la forma y sentido de la medicación psicoactiva (Pérez, 2021).

La otra respuesta es la psicoterapia, que aparentemente tiene menos riesgo de ser iatrogénica que los fármacos y que puede ser tanto o más eficaz que ellos (no solo como complemento y no solo en trastornos poco severos, como a veces se cree). Aunque probablemente es efectivo que la psicoterapia puede ser menos psicopatologizadora y estigmatizadora (y autoestigmatizadora) que los tratamientos farmacológicos, tampoco es la respuesta a todas las necesidades de las personas. También la psicoterapia individualiza los problemas (los “psicologiza” y los pone *en* la persona), lo que puede tener consecuencias negativas para como las personas se ven a sí mismas y para el tejido social.

Tampoco es efectivo que una combinación de farmacoterapia y psicoterapia pueda ser siempre el mejor tratamiento, creencia que está extendida sin mayor justificación. No siempre “más” es equivalente a “mejor”. De hecho, la combinación en ocasiones debilita el efecto y el valor del otro tratamiento, en particular, de la psicoterapia.

En vez de farmacoterapia o de psicoterapia, o complementariamente a estas, las personas podrían beneficiarse de otras formas de apoyar su bienestar y salud mental, que atiendan a las circunstancias de vida que la puedan estar afectando, que favorezcan su integración social y sus vínculos, y que partan desde los recursos personales y sociales que las personas tienen para enfrentar las dificultades. Este es uno de los desafíos más apasionantes en el campo de la salud mental.

V.
**NORMALIDAD Y ANORMALIDAD DE
LOS COMPORTAMIENTOS HUMANOS**



EN EL ÁMBITO DE LOS PROBLEMAS, sufrimientos y comportamientos humanos es muy difícil, sino imposible, establecer su “normalidad” o “anormalidad” en términos absolutos e independientes de quien hace ese juicio. Desde luego, la anormalidad no es algo que esté allí, que pueda ser observada como tal; existen conductas, sufrimientos, pero la consideración de ellas como normales o anormales es el resultado de una valoración o juicio que hace un observador.

Si pensamos en una persona que bebe regularmente hasta quedar embriagada; otra que tiene como hábito quitarse los cabellos y vellos del cuerpo; en otra que ha dejado de afeitarse, de estudiar y se ha encerrado en su habitación; en un niño que no aprende a leer y tiene 8 años, y luego nos preguntamos si son normales o no estas experiencias o conductas, debemos hacer una valoración de cada situación. Para hacer esa valoración se requiere utilizar “criterios”. Esos criterios pueden ser explícitos o implícitos, pero no es posible juzgar la presencia de una anormalidad sin un criterio de normalidad. Por ejemplo, se puede pensar, “no es normal que se beba regularmente hasta embriagarse porque la persona se está dañando”. Aquí se está usando como criterio de normalidad que las personas no deben dañarse intencionalmente a sí mismas.

Ahora, ¿por qué hablar de anormalidad en el plano psicológico? La palabra anormalidad tiene excesivas connotaciones, más aún en el plano psicológico, y tiene un efecto delicado: tiende a deshumanizar la experiencia del otro. No necesariamente tiene ese efecto, pero es un riesgo que está presente. De allí que muchas veces se busque evitar este término. En este mismo libro lo he evitado, aunque esto habría que matizarlo:

no es tan fácil huir de la idea de anormalidad, aunque se quiera. Cuando se quiere establecer si algo en el comportamiento de una persona no está bien, la idea de “anormalidad” está por ahí flotando, a veces escondida, en otros términos. De algún modo siempre se impone alguna necesidad de juzgar los comportamientos humanos y de establecer si son adecuados, aceptables o normales desde el punto de vista psicológico, social, jurídico, etc. Tanto a nivel macrosocial dependemos de esos juicios como a nivel de nuestras interacciones con otros. Cuando se decide que alguien necesita ayuda por un problema de salud mental, puede que no se piense en si su comportamiento es normal o anormal con esos términos, pero sí se hace un juicio de que “aquí hay algo que no está bien”, juicio que sostiene la idea de que esa persona requiere ayuda. A veces nuestro juicio es bien sofisticado. Por ejemplo, una persona agrede a otra para robarle. Probablemente, nos parecerá inadecuado desde el punto de vista ético. Desde el punto de vista psicológico seguramente pensaremos que en algunos sentidos es normal robar dado que es un comportamiento que es parte del repertorio conductual que los seres humanos aprendemos y usamos con fines instrumentales, pero desde otros quizá pensemos en algo que tiene el “aire” de la idea de anormalidad (pensaremos que quizá hay problemas en el desarrollo moral de la persona, etc.).

Lo normal o anormal de los comportamientos es así un terreno jabonoso, donde no hay reglas absolutas para determinarlo: depende de quién lo hace, desde qué punto de vista, para qué objetivo. Por cierto, no existe un deslinde preciso entre lo normal y anormal. Sin embargo, la solución a esta dificultad es más compleja que solo evitar el término, porque, como señalé, la necesidad de juzgar los comportamientos humanos está siempre presente y la idea de “anormalidad” reaparecerá, disfrazada, detrás de otros términos (lo que no quita que estos otros términos puedan ser mejores en ciertos contextos).

Lo importante es tener presente que la pregunta abstracta ¿es este comportamiento, este modo de ser, normal o no?, es imposible de responder. Para poder hacerlo es de inmediato necesario precisar ¿qué se quiere evaluar con ese término?, ¿para qué propósito?, ¿desde qué criterios de normalidad? Así es posible pensar que un sufrimiento es “normal” (es entendible que una persona reaccione así en una situación determinada), y que, desde esa perspectiva, no correspondería considerarlo anormal. Pero, simultáneamente, se puede considerar que esa persona

que está viviendo un sufrimiento normal requiere apoyo psicológico, por ejemplo (aquí estamos haciendo otro juicio al pensar que requiere ese apoyo), porque su nivel de sufrimiento es demasiado intenso y le está limitando la vida (desde este otro ángulo, no estamos considerando normal su sufrimiento).

Para evaluar la normalidad o no de los comportamientos humanos, explícita o implícitamente se utilizan criterios como los señalados a continuación:

Criterios biológicos: un criterio que se usa es trasladar la pregunta por la anormalidad del comportamiento a otro plano, a la biología: si la persona presenta ciertos procesos biológicos que se consideran anormales en un sentido biológico, y si esos procesos están relacionados con los comportamientos analizados, entonces habría un fundamento para hablar de una anormalidad de ese comportamiento. Véase un ejemplo tosco: una lesión cerebral en una persona con una conducta particular podría darle plausibilidad a considerar anormal esa conducta (la existencia de daños cerebrales manifiestos es rara vez la causa de un trastorno mental; es más, daños cerebrales manifiestos pasan, en general, a ser considerados más del ámbito de la neurología que de la psicopatología). Esta lógica parece impecable y por ello ha sido intensamente buscada la anormalidad biológica a la base de los problemas psicológicos. Sin embargo, si bien el criterio biológico puede ser importante y significativo para analizar algunos problemas, no es un criterio suficiente. Al menos dos limitaciones tienen los criterios biológicos para establecer la existencia de una anormalidad psicológica: 1) por una parte, no basta demostrar que hay un proceso biológico característico tras una dificultad, sino que debe haber motivos para considerar que ésta es una “anormalidad biológica”. Hablar de anormalidad en biología y en medicina también supone sus complejidades: no es obvio qué puede ser considerado normal o no, biológicamente hablando. 2) Por otro lado, identificar patrones biológicos distintivos tras patrones de comportamientos humanos se ha demostrado infructuoso hasta el presente. A veces, se es poco riguroso en el uso de esta segunda consideración. Existió, por ejemplo, por décadas una fuerte difusión a la idea que los trastornos depresivos estarían relacionados con una reducción del neurotransmisor serotonina (de ahí que los fármacos que actúan como “inhibidores de la recaptación de la serotonina”, facilitando que más serotonina permanezca activa en el espacio

sináptico, han sido tipificados como “antidepresivos”. El más clásico es la fluoxetina). Al margen de que la teoría serotoninérgica de la depresión no ha mostrado ser más que una hipótesis muy simplista y que está hoy descartada, imaginando que fuera verídica... ¿por qué una menor cantidad de serotonina sináptica sería “anormal”? Si es por su relación con estados de ánimo más bajos entonces el criterio ya no es solo biológico, pues lo que habría que mostrar es que esos estados de ánimo más bajos son anormales.

Criterios estadísticos: es inevitable que aquello que sea más común (más frecuente) sea considerado más “normal” que aquello que es más infrecuente. Pero, desde luego, este criterio estadístico no se puede basar a sí mismo. No hay ninguna razón para que se considere como una anormalidad psicológica un comportamiento que es menos frecuente (el heroísmo sería patológico si siguiéramos ese criterio). Por otro lado, no porque algo sea frecuente necesariamente debe ser considerado normal en todos los aspectos. Los resfríos y alergias son frecuentes y no son considerados normales desde el punto de vista de la salud de las personas.

Criterio de malestar subjetivo: este criterio es decisivo en la consideración de comportamientos como normales o no en salud mental. Alude a la propia experiencia de experimentar sufrimiento psicológico, de experimentar emociones intensas que desbordan, como un estado angustiante, o el sentimiento de no poder controlar un comportamiento que se vive como dañino. Pero tampoco basta por sí mismos: ¿cuándo cabe considerar la presencia de un malestar como “anormal”? ¿por qué? En nuestra sociedad el umbral para ello se ha reducido bastante.

Criterio de adaptación social o discapacidad: este criterio alude a que la capacidad de adaptarse y de responder a las exigencias y roles sociales es un indicador de normalidad. No es un criterio que pueda absolutizarse: no necesariamente las exigencias sociales son las más adecuadas. La clásica “*neurosis de la dueña de casa*”, considerada un indicador de “fallas” en la adaptación a un rol que no se cuestionaba en ese entonces, hoy es vista como el resultado, incluso saludable, de la frustración de diversas necesidades psicológicas que estaban desconsideradas en el ejercicio de ese rol.

Criterio cultural: es claro que los comportamientos humanos son diferentes según contextos históricos y culturales y que no es posible que la comprensión de la normalidad o anormalidad de los comportamientos sea separable de los contextos culturales en que se dan y son valorados. Lo que puede ser considerado normal en un contexto cultural no lo es en otro. Sin embargo, lo que es normal o anormal desde el punto de vista psicológico tampoco puede restringirse sin reflexión a lo que cada cultura o subcultura considere de ese modo (por lo demás, las culturas no son homogéneas).

Criterios teóricos: hoy en día estos criterios tienden a emerger fundamentalmente de las distintas disciplinas que estudian el comportamiento humano. Desde aquí, en forma más o menos explícita, emergen estándares o criterios de lo esperable, adecuado, o normal. Por ejemplo, desde la psicología del desarrollo emergen criterios de “normalidad” y “anormalidad” de determinados procesos o comportamientos de acuerdo a la edad de las personas. Teóricos basados en la *psicología evolucionista** piensan que las anormalidades o disfunciones psicobiológicas podrían ser identificadas a partir del conocimiento de la función evolutiva que tendrían distintos componentes del comportamiento humano. Así, por ejemplo, el miedo tiene una función evolutiva y es “normal”. En la medida que el miedo adquiere ciertas características que lo alejan de la forma y función en que está “programado”, por así decirlo, entonces cabría hablar de una disfunción, desde esta perspectiva.

Naturalmente, los criterios teóricos tampoco pueden absolutizarse, pues dependen de la validez de las teorías que los sostienen. O sea, no hay forma de establecer en forma absoluta la normalidad o anormalidad del comportamiento. Dependiendo de cuál es el propósito de esa valoración pueden algunos criterios ser más o menos relevantes. Si se quiere saber qué persona puede necesitar ayuda, por ejemplo, puede ser más útil considerar su nivel de malestar, discapacidad y de adaptación. Por más que su conducta sea “normal” desde los otros criterios, si sus niveles de malestar, discapacidad y desadaptación son elevados, ello puede ser considerado un problema para el cual puede ser conveniente que reciba apoyo (junto con otras consideraciones, como se analizó en el capítulo anterior). Se puede observar que los criterios son muy interdependientes entre sí.

Considerando esta realidad es que puede entenderse que la anormalidad no es un concepto que pueda establecerse científicamente de un

modo indiscutido. Eso lo ilustra en forma dramática la manera en que la Asociación Psiquiátrica Americana decidió en la primera mitad de los años '70 que la homosexualidad ya no sería considerada una orientación sexual "anormal" y que, por tanto, ya no sería considerada un trastorno mental. Como es sabido, ello se decidió por votación. Si la normalidad o anormalidad de un comportamiento pudiera ser establecida científicamente, esto sería un absurdo: los consensos científicos se definen a partir de las evidencias disponibles y no se deciden por votación, o, al menos, eso es lo habitual (también es cierto, sin embargo, que por votación se decidió que Plutón no era un planeta). No obstante, no es tan absurdo que no haya existido acuerdo en base a criterios científicos respecto de este tema, porque no existen criterios científicos de normalidad absolutos y es inevitable un componente valorativo. Es ilustrativo de este fenómeno viajar hacia la discusión dada en los años 70 y utilizar los criterios recién mencionados para analizar la presencia de una anormalidad o disfunción en relación a la orientación sexual homosexual. Algunos de los partidarios de considerar la orientación sexual homosexual como anormal aludían a supuestas diferencias anatómicas en el cerebro de las personas homosexuales respecto de las heterosexuales. Es, sin duda, razonable pensar que pueden existir algunas diferencias biológicas, ya sea procesuales o estructurales, entre personas de orientación sexual homoerótica o heteroerótica, dado que el deseo sexual tiene raíces en la biología. Otra cosa es qué tan claras puedan ser esas diferencias, cuestión que hasta hoy es controversial. Demos un ejemplo burdo. Imaginemos que existieran diferencias en el tamaño de hipotálamo de las personas con comportamientos homosexuales dominantes respecto de las con comportamientos heterosexuales dominantes, ¿qué probaría eso?, ¿por qué esas diferencias serían indicadores de una anormalidad biológica? Esa supuesta prueba se puede usar como argumento tanto a favor como en contra de la anormalidad de la conducta homosexual. Lo mismo ocurre con el argumento de su base genética. Tanto partidarios como detractores de considerar la homosexualidad como una anormalidad aludían a su eventual base genética (como demostración de una anomalía, en un caso; de una variante normal, en otro).

El criterio estadístico es muy claro en relación a la homosexualidad, aunque demuestra en plenitud su ausencia de significado en sí mismo: si bien la homosexualidad es menos frecuente que la heterosexualidad ¿por qué lo menos frecuente va a ser considerado expresión de una disfun-

ción? Casi para ninguna conducta, en sí misma, la menor frecuencia es considerada un criterio sustantivo de anormalidad, sino que es la menor frecuencia acompañada de otra condición.

El criterio de malestar y de desadaptación social fue uno de los que generó discusiones más interesantes en este tema. Diversos estudios indicaban una mayor incidencia de problemas psicológicos en personas homosexuales que en heterosexuales: más malestar emocional, más suicidio, más conductas desadaptativas. ¿Serían ellas intrínsecas a la homosexualidad?, ¿o serían, más bien, resultado de las circunstancias sociales que afectan y estigmatizan a quienes se identifican como homosexuales, más aún décadas atrás?

Por otra parte, imaginando que pudiera separarse el malestar y conductas desadaptativas del contexto discriminador y no se pudieran atribuir a este, ¿qué porcentaje de las personas homosexuales deberían presentar problemas psicológicos —y de qué naturaleza— para que se pudiera apelar a este argumento para mostrar la homosexualidad como una disfunción del desarrollo psicosexual?

La importancia del criterio cultural en el juicio de normalidad/anormalidad es particularmente evidente en el ejemplo que estamos analizando. El cambio de valores y creencias culturales respecto de la diversidad sexual fue un detonante central del cuestionamiento a que la homosexualidad siguiera siendo vista como una conducta anormal. El activismo de grupos organizados tuvo un rol importante en este cambio, haciendo visible la injustificabilidad de la discriminación contra las personas que se identificaban como homosexuales y los efectos negativos del estigma asociado al diagnóstico de trastorno mental.

En relación a los criterios teóricos, dos fueron especialmente influyentes en el debate. Uno, que hacía una interpretación muy reduccionista del sentido de la conducta sexual humana: no tenía sentido “natural” una conducta incompatible con la reproducción. Ese argumento fue desestimado tanto porque en la naturaleza hay ejemplos de conductas homosexuales en los animales como porque la conducta sexual humana no tenía por qué ser analizada solo desde el punto de vista de su funcionalidad reproductiva. Por otro lado, algunos planteamientos psicoanalíticos que se habían hecho dominantes planteaban que el desarrollo psicosexual culminaba en la genitalización heterosexual y entendían la homosexualidad como un fracaso en ese proceso. Planteamientos, desde luego, muy discutibles y discutidos.

Como se observa, si bien la discusión en torno al tema tendía a favorecer la postura de que la homosexualidad no podía ser considerada anormal, permanecían algunos aspectos más controversiales, no dependiente tanto de datos sino de su interpretación (ciertamente, ciertos datos podrían haber ayudado a resolver mejor el debate. Por ejemplo, si el deseo homo-erótico se observara casi exclusivamente en personas que han vivido circunstancias traumáticas o que están en contextos excepcionales, ello habría contribuido a argumentar a favor de su anormalidad, pero los datos tampoco respaldaban esa hipótesis).

Este ejemplo ilustra cómo la manera en que son valorados e interpretados los diferentes criterios, inevitablemente tienen una centralidad crucial en la consideración de qué es considerado normal o no y, por tanto, no es un debate únicamente científico en el sentido restringido que se le suele dar a este término. La homosexualidad es hoy considerada una variación normal de la conducta sexual humana y su proceso de despatologización es un ejemplo de cómo lo que entendemos por normalidad y anormalidad está permeado, inevitablemente, por un complejo entramado de consideraciones mutantes.

En este libro se ha planteado hablar de problemas psicológicos y ello reduce en algún grado la complejidad que supone la idea de anormalidad. Ello no quita que igualmente hay un juicio implicado al hablar de problema psicológico: ¿por qué estamos considerando que existe un problema? Pero es un juicio menos cargado de connotaciones que el juicio de anormalidad. Hablar de “anormalidad” da la impresión que se refiere a algo que se detecta, por así decirlo, en la naturaleza. La palabra aparenta una científicidad de la que carece, y tiene una serie de consecuencias no deseables. En cambio, al usar “problema” u otro término análogo, es menos probable que este sea reificado (esto es, entendido como especie de cosa que está en la persona y que el observador solo detecta). De hecho, la idea de problema sugiere a un actor percibiendo algo como “problema”, por lo que el carácter valorativo y relativo del término es evidente, evitando interpretaciones erróneas.

A la psicopatología aparentemente no le toca lidiar con establecer si los comportamientos son normales o no, sino que lidia con identificar trastornos mentales, pero la idea misma de trastorno supone que hay algún tipo de anormalidad, es su precondition. Si no hay anormalidad, no se puede hablar, por definición, de trastorno (en cambio, al revés esto no aplica. Podría pensarse en una anormalidad comportamental que no

cumple los criterios de un trastorno, o que podría ser analizada desde otro ángulo, sin centrarse en la presencia o ausencia de trastorno mental). Contemporáneamente, no es habitual el uso del término anormalidad. Como se analizaba en el capítulo anterior, el término que se emplea es disfunción. Aparentemente es todavía un concepto más científico y neutral que anormalidad, pero, conceptualmente, es lo mismo que esta. La identificación de una “disfunción individual” de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo”, que menciona el DSM-5 en la definición de trastorno mental, alude a la identificación de una anormalidad de esos procesos. Por tanto, que algo sea parte del catálogo de diagnósticos del DSM o CIE, por definición, implica que se está considerando anormal dicha dificultad. Que estos sistemas no establezcan la existencia de una disfunción en los criterios diagnóstico de los trastornos específicos no quita que asuman su existencia cuando establecen el diagnóstico de ese trastorno. Cuando se analiza si un comportamiento es normal o no solo mirando el catálogo de diagnósticos, para ver si la persona cumple o no con los criterios de algún trastorno, se está evitando plantear el problema de la anormalidad en su complejidad, pero igual está allí, “escondido”.

Una breve digresión explicativa de algo importante: he dicho en el párrafo previo que, si algo es parte del catálogo de diagnósticos del DSM o CIE, por definición, implica que se está considerando anormal esa dificultad. Sin embargo, hay una excepción a esto que, lamentablemente, suele ser ignorada. Los profesionales de la salud mental con frecuencia se empapan de tal modo en el modelo médico que asumen tácitamente que todos los consultantes de salud mental presentan trastornos. Y no siempre ponen suficiente atención a que puede ser que las personas pidan apoyo para problemas que pueden no implicar trastorno alguno desde ningún punto de vista, ni desde el modelo médico ni desde fuera de él: una persona con un duelo con escasa red de apoyo; un padre preocupado por el rendimiento escolar de su hijo (¡a un niño le puede ir mal en colegio sin que tenga ningún trastorno!... a menos que se describa el “trastorno de ausencia de deseos de hacer las tareas”); una pareja en crisis. Tanto el DSM como la CIE reconocen esto y han agregado capítulos dedicados a listar una serie de problemas que pueden ser motivo de consulta pero que no constituyen trastornos mentales. El DSM-5 (2013) llama a este capítulo “otros problemas que pueden ser foco de atención clínica” (p. 715). O sea, la CIE y el DSM incluyen en su catálogo situaciones que no corresponden a categorías diagnósticas para que se puedan registrar de

alguna manera. En otras palabras, estos catálogos de trastornos también tienen “códigos” y “rótulos” para condiciones que ellos mismos definen como no trastornos. Lamentablemente estos capítulos del DSM y CIE son frecuentemente ignorados: así de fuerte es la idea de que los trastornos son lo único importante (y a esa persona con un duelo normal es probable se le adjudique una categoría de trastorno —por ejemplo, “trastorno adaptativo” o, peor, trastorno depresivo—; mejor ni pensar en los posibles diagnósticos no pertinentes que puede recibir un niño con problemas de rendimiento escolar o conductas inadecuadas en la escuela si el profesional cree que debe adjudicarle un rótulo de trastorno mental para registrar su consulta).

Otra expresión de este problema, aunque diferente, es que la existencia de un trastorno mental (de una anormalidad, por tanto), es en nuestra cultura requisito para evaluar una serie de “beneficios” que debieran depender de una evaluación más amplia. Por ejemplo, para ver si un niño o niña tiene “necesidades educativas especiales” (NEE) se requiere que le sea diagnosticado algún trastorno. De hecho, el Ministerio de Educación solo considera a niños y niñas con algunos “diagnósticos” determinados como NEE. Establecer en qué grado la forma habitual de educación es inadecuada para una persona y requiere ajustes no es suficiente para establecer una NEE: se requiere un diagnóstico de algún “trastorno” particular. Solo se puede hablar de NEE si un niño o niña recibe el diagnóstico de una discapacidad intelectual, de un trastorno del espectro autista, etc. Una consecuencia sería de ello es que todo lo que pase con el niño o niña en ese contexto escolar va a ser leído desde el lente de ese trastorno que él o ella “tiene”. Y, por cierto, otra consecuencia es el incentivo al aumento de los diagnósticos de trastornos. Si bien en algunos casos, esos diagnósticos pueden ser buenos indicadores pronósticos de la trayectoria de desarrollo de ese niño o niña (por ejemplo, formas graves de autismo o de discapacidad intelectual), es frecuente que tengan pobre utilidad.

De acuerdo a First y Wakefield (2013), cuatro indicadores están frecuentemente presentes, como indicadores más bien implícitos de anormalidad o disfunción, en las actuales clasificaciones diagnósticas. Como hemos señalado, estos autores destacan que los criterios diagnósticos vigentes no analizan seriamente si hay presencia o no de una disfunción, pero reconocen que, inevitablemente, sí consideran algunos elementos que podrían ser considerados indicadores de ella. Estos son:

—Duración de las dificultades. Los criterios diagnósticos establecen tiempos mínimos para las dificultades. Está implícito ahí que una duración más breve de la considerada en el criterio es “normal”, es parte de la vida. Desde luego, es razonable que la duración de un problema sea un indicador de “anormalidad” pero es bien relativo... ¿cuánto es lo que “debe” durar una dificultad?

—Intensidad de las dificultades. Los criterios diagnósticos también tienen presente cuan intensa y perturbadora de la vida es una dificultad. Como es esperable, entre más intensa y perturbadora es una dificultad, más criterios diagnósticos se satisfacen.

—Proporcionalidad de las dificultades. En algunos criterios diagnósticos, de algún modo, se considera si las dificultades de la persona son de algún modo “proporcionales” a sus causas. Por ejemplo, en las fobias, se estima que existe un miedo que se considera desproporcionado respecto de sus causas.

—Amplitud (o, para usar una palabra antigua que se empleó algunos años, “pervasividad” de las dificultades). Amplitud o pervasividad es un término que significa que muchos planos de la vida están afectados por una dificultad. Por ejemplo, se hablaba hace algunos años de “trastornos *pervasivos* del desarrollo” —también denominados trastornos generalizados del desarrollo— para hablar de dificultades que abarcan muchos aspectos del desarrollo (cognitivo, social, emocional). Un ejemplo de lo que se le llamaba trastorno *pervasivo* del desarrollo son los hoy denominados trastornos del espectro autista (los “TEA”; no confundir con los otros “TEA” que corresponden a los trastornos específicos del aprendizaje, como los trastornos específicos del aprendizaje de la lectoescritura —la “dislexia”—).

Estos 4 indicadores descritos por Wakefield están entre los más empleados para establecer una disfunción, pero no hay un uso sistemático de ellos. Desde luego, estos 4 indicadores están relacionados con varios de los criterios de anormalidad que analizamos previamente. Por ejemplo, el indicador de duración se relaciona con el de malestar y estadístico, entre otros; el de intensidad con el de malestar y adaptación. Y tal como ellos, ninguno por sí mismo permite “demostrar” una disfunción o anormalidad.

VI.
CATEGORIALIDAD Y DIMENSIONALIDAD EN LA
CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS



LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS pueden ser conceptualizados y clasificados desde distintas perspectivas. Cuando se analizan desde la perspectiva del modelo médico y se usa la noción de trastorno, se emplea habitualmente una perspectiva categorial: se caracteriza si un problema corresponde a una “categoría diagnóstica”, esto es, a un tipo de trastorno particular que corresponde así a un “molde” preestablecido. La atención se centra, desde esta perspectiva, en cuanto el problema analizado se “ajusta”, o “calza”, con este molde. Desde luego, esto no es exclusivo del modelo médico. Generar categorías y evaluar cuánto los fenómenos se ajustan o no a ellas es una actividad mental habitual en los seres humanos y en las distintas formas de conocimiento. Izquierda-centro-derecha son categorías de amplio uso para analizar formas de pensamiento político. Azul-verde-rojo son categorías de colores. Podemos categorizar a los estudiantes de una carrera en función de son si son de primero o segundo, activos o pasivos, etc. (hay estudiantes que están en más de un curso pues han reprobado alguna asignatura: ese es un buen ejemplo de una de las dificultades que existen al categorizar).

Las categorías están a la base de nuestro modo de ver el mundo. Hay interesantes discusiones en psicología cognitiva y social respecto de cómo los seres humanos generamos las categorías y de cómo hacemos los procesos por los cuales asignamos los objetos a una categoría u otra. Algunos autores proponen que al categorizar generamos un prototipo que representa a los ejemplares más clásicos de una categoría (por ejemplo, una mesa de madera, para la categoría mueble) y que, luego, lo que hacemos es establecer distancias de los fenómenos respecto de ese ejemplar (por

ello, por ejemplo, respecto de la categoría mueble, nos sería más rápido identificar una silla de madera como mueble que una lámpara, dado que la silla está más cercana al prototipo que la lámpara).

Es claro que en la vida diaria no hacemos categorizaciones en base a definiciones operacionales, menos si estas implican sumar cuántos atributos de una categoría tiene el objeto que estamos analizando. La CIE y, especialmente, el DSM describen operacionalmente a las categorías y eso difiere de la forma como en la vida real categorizamos (y, salvo en situaciones especiales como en una investigación, tampoco es ésa la forma en que en realidad los profesionales hacen los diagnósticos psiquiátricos).

Una crítica a las categorías del DSM y CIE es que, habitualmente, el prototipo de la categoría no es claro. Para ello se requiere una imagen nítida de qué es lo caracteriza al fenómeno, lo que va más allá de listar atributos. Lo mismo que en la vida diaria: ¿qué hace que una mesa sea un mueble?: ¿que sea de madera ¿que sea cuadrada? ¿que sirva para comer? No es fácil distinguir esa “esencia”, pero lo cierto es que esa esencia no está en los atributos por separado (la mesa puede no ser ni de madera, ni cuadrada, ni servir para comer y aún es considerada mesa y categorizada como mueble). Operacionalizar siempre tiene límites (y eso se relaciona con la idea de que, más allá de lo explícito del lenguaje, los seres humanos compartimos un trasfondo que nos ayuda a darle sentido al lenguaje).

Las categorías son indispensables para la vida y para la generación de conocimiento. Sin duda, tienen limitaciones: los objetos no siempre encajan bien en las categorías que estamos usando (entre menos cerca estén del prototipo, más difícil es categorizarlos); es frecuente que existan fenómenos que se superponen en más de una categoría; los límites entre una categoría y otra son difusos y comúnmente arbitrarios (¿cuándo un sobrepeso pasa a ser obesidad? ¿cuándo la atracción se transforma en enamoramiento? ¿cuándo lo normal pasa a ser “anormal”?). Desde luego, las categorías, aunque indispensables para la vida humana, son también fuente de estereotipos y prejuicios rígidos, y la base de procesos como la discriminación y la estigmatización.

En medicina el entendimiento habitual de las enfermedades es a través de su categorización, ello es parte del “modelo médico” habitual. Por lo mismo, la comprensión de los problemas psicológicos desde la perspectiva del modelo médico ha puesto tanta atención a su correcta categorización.

Junto a esa categorización, se ha intentado generar un sistema de organización de esas categorías en una clasificación (una clasificación es más que un mero catálogo o diccionario). Generar una clasificación de las diferentes categorías de trastornos mentales que sea plenamente coherente parece una ambición desmedida: ¿cómo establecer todo un sistema único de categorizaciones y de clasificación, basado en un único elemento central (los diferentes trastornos), para tipificar una gama tan amplia y diversa de dificultades como la que es propia de los problemas psicológicos? Es necesario insistir que cuando se habla de trastornos mentales se habla como si cada trastorno fuera una forma distinta de un mismo fenómeno (el trastorno mental), pero estamos hablando de cosas tan distintas como la dificultad para aprender matemáticas, la adicción a los videojuegos y la fijación sexual en fetiches. Todo ello permite entender por qué el sistema clasificatorio dominante en la psicopatología actual, en su conjunto, no logra estar coherentemente organizado. Hay quienes han comparado las clasificaciones de trastornos mentales con lo que describe Foucault en el primer capítulo de *Las palabras y las cosas* (ver Anexos).

Aparte de esa amplitud, la pretensión de categorizar los problemas psicológicos es como si intentáramos categorizar los tipos de problemas que hay en las empresas o los tipos de problemas de pareja. Por supuesto, se pueden distinguir ciertos patrones de conflicto recurrente en las organizaciones o parejas, y sería posible establecer algunas categorizaciones, pero serían categorías laxas, aplicables solo a ciertos tipos de dificultades y que sirven como mapas tentativos para una comprensión de los fenómenos. Por lo mismo, un psicólogo organizacional o de pareja no hace un gran esfuerzo para establecer si un patrón de conflicto o problema de pareja es A, B o C: las categorías son solo auxiliares en su exploración.

En la psicopatología basada en el modelo médico las categorías de trastornos son entendidas de modo más esencialista, porque se pretende usarlas de modo análogo a como la medicina categoriza las enfermedades; sin embargo, en la medicina a cada categoría le subyace algo definitorio relativamente claro, lo que no ocurre con los trastornos mentales (en medicina, cada categoría tiene un fundamento relativamente establecido: es una infección de cierto tipo que afecta cierto órganos o es un órgano que no cumple una función habitual, como puede ser un riñón que no hace su trabajo de “filtraje”; o hay un proceso base, como proliferación de células no habituales, etc.).

En ciencia es habitual que se busque categorizar los fenómenos que se estudian y generar un sistema que organice esas categorías. La tabla periódica de la química aparece como ejemplo paradigmático de esa aspiración. El sistema de categorización de la tabla periódica tiene bien establecidos los elementos a categorizar y las propiedades a tener cuenta para hacerlo. Pero esa utopía contrasta con la realidad en muchos ámbitos del conocimiento, particularmente, en ciencias sociales y humanas. También es compleja en ciencias de la salud (pese a que ya hemos dicho que en medicina la categorización es útil y que habitualmente descansa en fundamentos que les dan sentido a las categorías, no siempre es así, y, desde luego, la categorización de muchos problemas de salud y enfermedades tiene limitaciones si se la quiere juzgar desde un punto de vista científico “purista”).

En psicopatología, la categorización meramente descriptiva que se ha intentado, muestra visibles problemas: las categorías no son mutuamente excluyentes; los cortes entre cumplir o no los criterios de una categoría son visiblemente arbitrarios (¿por qué seis “síntomas” y no cinco o siete?); muchas dificultades no se ajustan bien a una categoría determinada, obligando a generar diversas *categorías residuales** para los fenómenos que no “encajan” en ninguna.

Una crítica recurrente e importante a la conceptualización categorial de la psicopatología es que los fenómenos a los que se aplica son continuos, no son de todo o nada, entonces la categorización genera cortes abruptos entre la presencia o ausencia de trastorno, o entre los trastornos entre sí, pese a que los problemas psicológicos se dan en continuos. Dadas estas y las demás limitaciones señaladas, se han depositado muchas esperanzas en modelos de conceptualización alternativos a los categoriales, más “dimensionales”, los que son mucho más frecuentemente usados en psicología.

Una dimensión supone que hay una graduación de los fenómenos; así la diferencia entre “normalidad” y “anormalidad” no sería un asunto cualitativo ni implicaría un quiebre, sino que sería un asunto de grados. Por ejemplo, una dimensión como la sociabilidad podría ir desde la extrema sociabilidad a la ausencia de sociabilidad. Lo mismo se podría aplicar a la ansiedad, al ánimo depresivo, incluso a fenómenos “psicóticos” como las alucinaciones o los delirios. El grado de malestar o discapacidad que generan las dificultades también se puede concebir dimensionalmente. Incluso hasta el nivel de “estructuración de la personalidad” puede ser

concebida dimensionalmente, como lo hace la propuesta del psicoanalista Otto Kernberg.

Aunque categorías y dimensiones han tendido a ser vistos como modos opuestos de concebir la conceptualización de los trastornos mentales, no hay necesariamente oposición entre categorías y dimensiones. De hecho, muchos fenómenos, que consideramos dimensionales, los categorizamos: los colores los categorizamos, pero son parte de un continuo, de un espectro cromático; los valores de la presión arterial forman un continuo, pero, a partir de un punto, mejor o peor justificado (eso es central: cómo se define ese “punto de corte”), se comienza a hablar de hipertensión. Obvia e inevitablemente los valores que están cercanos a un lado u otro del punto de corte quedan en categorías distintas aun cuando no haya diferencia real entre ellos, por eso deben ser analizados con cautela. Por dar un ejemplo familiar a estudiantes: lo que sabe un alumno con un 3.9 y lo que sabe un alumno con un 4.0 es probablemente lo mismo, y la diferencia entre un valor y otro es, seguramente, error de medición, pero unos reprueban y otros aprueban. Una consecuencia drástica e inevitable de una diferencia casi inexistente. Muchas decisiones en la vida deben ser categóricas aun cuando el fenómeno sobre el que se establece la categoría sea continuo. Sin embargo, que el continuo esté registrado permite una apreciación más fina que las que hacen análisis que ignoran el continuo y solo se quedan con las categorías.

Las conceptualizaciones dimensionales no necesariamente son mejores que las categoriales. Cada una tiene sus fortalezas y debilidades. Aparte de lo ya indicado (que las dimensiones muchas veces deben ser categorizadas para fines operativos), hay cuatro problemas centrales de las conceptualizaciones dimensionales, además de problemas secundarios que no dejan de tener su importancia (por ejemplo, que estamos más acostumbrados a los modelos categoriales, que las categorías son de uso y recuerdo más fácil dado que “condensan” mucha información en un solo término):

1. Para describir un fenómeno, por ejemplo, los problemas psicológicos, no es suficiente considerar una dimensión. Varias dimensiones deben ser consideradas. Y, con ello, surgen preguntas muy complejas: ¿cuántas dimensiones? ¿cuáles? ¿cómo se operacionalizan y evalúan esas dimensiones? Por ejemplo, una dimensión puede ser referida a estados de ánimo negativos (como el ánimo depresivo). Pero no todos los pro-

blemas psicológicos tienen que ver con el estado de ánimo. O sea, hay dimensiones que a veces son útiles y necesarias, otras veces no.

2. Un segundo problema es que, una vez seleccionadas las dimensiones que se consideran relevantes ¿cómo integrarlas cuando se pretende tener imágenes de conjunto de los problemas psicológicos de las personas? Se ejemplificará con un análisis simple. Piense que se han seleccionado 6 dimensiones para evaluar los problemas emocionales comunes en las personas: neuroticismo* (en el sentido de Eysenck, entendido como una tendencia experimentar emociones negativas intensas), ansiedad, rumiación (tendencia a focalizar la atención persistentemente sobre emociones negativas), aislamiento y tendencia a experimentar rabia. Cada persona va a tener distintas combinaciones de estas dimensiones, que además son difíciles de retener y entender. Para poder generar conocimiento acerca de lo que les ocurre a estas personas, habría que pensar en construir perfiles. Por ejemplo, Perfil A “enojado”: persona baja en neuroticismo y ansiedad, alta en rumiación, baja en aislamiento y alta en experimentar rabia. Perfil B “ansioso-evitativo”: persona alta en neuroticismo y ansiedad, alta o mediana en rumiación, alta en aislamiento y baja en experimentar rabia. Y así, sucesivamente. Y... atención... al final ¿qué son estos perfiles?: un tipo particular de categorías, muy complejo. Los perfiles pueden ser útiles (de hecho, en psicología de la personalidad, los perfiles son muy empleados). Pero no es la solución de todos los males de los sistemas categoriales con la que se ha soñado (aunque, tal vez, para una psicología basada en algoritmos algún día pueda serlo... si es que ello es psicología).

3. Un tercer problema de los sistemas dimensionales es que pueden prestarse para “psicopatologizar” todavía más a las personas que las categorías. De hecho, si solo se consideran dimensiones simples, la cantidad de personas que se puede considerar tienen “síndromes depresivos”, por ejemplo, es enorme (personas que tienen altos puntajes en un cuestionario que mide la “dimensión” ánimo depresivo). Como es fácil darse cuenta, el efecto de donde se fija el punto de corte es muy significativo. Por ejemplo, en un cuestionario con puntaje de 0 a 20, si se fija en 12 el punto de corte se podría tener un número mucho mayor de personas sobre el punto de corte que si se fija en 18. Un gran tema es cómo fijar esos puntos. Hay que tener cuidado con estudios de este tipo, más aún si son, como en este ejemplo, de una sola dimensión.

Las categorías se pueden ampliar a un espectro (un espectro es una dimensión o varias dimensiones articuladas), y este espectro puede ser más inclusivo que las categorías previas “discretas” (las no dimensionalizadas). Así, lo que actualmente el DSM-5 denomina “espectro autista” abarca los antiguos trastorno autista (el autismo “clásico, llamado “autismo de Kanner”, su “descubridor”) y al trastorno de Asperger. Probablemente el espectro autista es una categoría “dimensionalizada” más inclusiva (esto es, que incluye a más personas en el diagnóstico) que el trastorno autista y Asperger por separado. Eso puede tener un lado positivo porque muestra que el autismo no es cuestión de todo o nada, pero es potencialmente perjudicial ya que amplía los límites de lo que se considera trastorno autista. Con el autismo ya teníamos un problema de ampliación de límites que hizo que en las últimas décadas ocurriera una aparente explosión de trastornos autistas (que es más bien una explosión de diagnósticos de este trastorno).

4. El cuarto problema es que difícilmente las dimensiones logran capturar una imagen rica y profunda de una persona y de su comportamiento. Habitualmente las dimensiones se capturan a través de escalas que valoran aspectos más bien superficiales. La propia persona las responde o un observador, pero son valoraciones de aspectos específicos y descontextualizados de la vida de una persona. Excepcionalmente las dimensiones son más complejas (por ejemplo, las dimensiones que valora el sistema de Kernberg), pero, en general, emergen de observaciones de aspectos más bien superficiales del comportamiento humano.

Cuando se estaba construyendo el DSM-5 hubo grandes expectativas en poder usar más conceptualizaciones dimensionales, en especial, en el campo de los trastornos de personalidad (eso fracasó; el DSM-5 dejó en su sección de “temas emergentes”, esto es, de temas para estudios futuros, una propuesta inicial de conceptualización de los trastornos de personalidad dimensionalizada, pero los trastornos de personalidad “oficiales” siguen siendo categoriales). Probablemente las expectativas puestas en las dimensiones eran exageradas. Son útiles para establecer grados de discapacidad, por ejemplo, o de severidad, pero su capacidad para generar modelos conceptuales amplios de los problemas psicológicos tiene limitaciones (como se describirá en el capítulo XI, la CIE-11 sí realiza una propuesta dimensional de conceptualización de los trastornos de personalidad).

VII.
EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y FORMULACIÓN
EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSIQUIATRÍA



EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO SON términos cercanos y, en algunas de sus acepciones, sinónimos. Sus matices tienen que ver con los desarrollos históricos de las disciplinas y profesiones, que van marcando estilos y modos de trabajo que influyen en qué términos se usan más y en la forma en que se entienden. Así, en psicología, en general, y en psicología clínica, en particular, es más habitual que se use el término evaluación y, en psiquiatría, el de diagnóstico, que tiene mayor connotación médica.

El término diagnóstico alude a dos significados: al proceso de evaluación diagnóstica, esto es, al proceso que se realiza para llegar a un diagnóstico, y al resultado de ese proceso; en cambio, evaluación solo alude al primero de estos significados.

En relación al tema de este libro, la evaluación o proceso diagnóstico tiene por propósito central comprender el problema psicológico que puede estar presentando él o la consultante (es importante recordar, aunque sea solo al pasar, que el problema puede no estar en él o la consultante, o que la evaluación puede referirse no solo al problema de la persona aislada, sino que también, puede aludir a una pareja, a una familia, etc.). Comprender un problema que presente una persona es más amplio que buscar identificar si presenta o no un trastorno mental y cuál (o cuáles) sería(n). La identificación formal de la presencia de trastornos mentales, tales como son conceptualizados hoy, puede ser uno de los aspectos de interés de la evaluación, pero es solo un aspecto (desde luego, darle centralidad a ese aspecto supone aceptar la utilidad del modelo médico de comprensión de estos problemas).

En psiquiatría, dada la relevancia del modelo médico, el diagnóstico de la presencia de un trastorno mental es, habitualmente, un propósito central del proceso evaluativo y constituye, por tanto, un objetivo central de la “evaluación psiquiátrica”. En la evaluación psiquiátrica tradicional se distinguen dos componentes centrales: la historia de la persona, en particular, de sus dificultades (la “anamnesis”), y el “examen del estado mental”. Estos componentes están destinados a realizar el diagnóstico psiquiátrico, entendido como la asignación, si es pertinente, de alguna categoría diagnóstica (de trastorno mental) a la persona evaluada (obviamente, el diagnóstico psiquiátrico también puede concluir en que no hay trastorno alguno).

Evaluación y diagnóstico psiquiátrico son términos que pueden ser entendidos en forma más amplia que la más obvia de ser la evaluación y diagnóstico que hacen profesionales de la psiquiatría. Estos términos también podrían denominarse evaluación y diagnóstico de trastornos mentales. Otros profesionales de la medicina también realizan evaluaciones y diagnósticos de trastornos mentales, así como psicólogos clínicos especializados. De hecho, como se ha señalado en un capítulo previo, la mayoría de los diagnósticos de trastornos mentales son realizados por médicos no psiquiatras (frecuentemente, por médicos generales).

En psicología clínica el modelo médico de conceptualización de los problemas psicológicos no necesariamente es empleado, por lo que el propósito de la evaluación o “diagnóstico psicológico” (entendido como la evaluación o diagnóstico que hace un profesional de la psicología) no tiene como orientación central la identificación del trastorno mental que eventualmente presente quien consulta, aunque no excluye hacerlo.

Históricamente, uno de los temas de controversia entre los psiquiatras y los psicólogos clínicos fue la realización de diagnósticos de trastornos mentales por parte de los psicólogos. Dado que estos trastornos eran entendidos como “trastornos psiquiátricos”, en el sentido de ser exclusivos de la psiquiatría, hubo resistencias, que, dependiendo de las realidades, no han desaparecido del todo. La otra gran fuente de controversia entre psiquiatría y psicología clínica fue la posibilidad de que los psicólogos realizaran tratamientos —psicoterapia— para las personas con diagnóstico de trastornos mentales; hoy, ello no solo no es objeto de controversia, sino que se tiende a asumir que la psicoterapia es más propia de los psicólogos que de los psiquiatras. Sin embargo, no necesariamente esto último es así. La extensión de la idea de la psicoterapia como pro-

pia de psicólogos tiene que ver, entre otros factores, con el predominio acentuado del modelo médico biologista en la psiquiatría en las últimas décadas (históricamente la psiquiatría tuvo un rol muy importante en el desarrollo de la psicoterapia).

Al margen del profesional que lo realice, el diagnóstico de trastornos mentales es fundamentalmente “clínico”, esto es, un juicio que el profesional realiza sobre la base del análisis de los antecedentes que ha podido recopilar y de la observación de la persona, pero no hay exámenes adicionales que permitan corroborar el diagnóstico de presencia de un trastorno mental. Los “exámenes”, si los hay (entre ellos, las pruebas psicológicas), proporcionan mayores antecedentes para una mayor comprensión de lo que le puede estar sucediendo a una persona, pero no permiten corroborar una hipótesis diagnóstica relativa a la presencia de trastornos particulares. Aunque se asuma un modelo médico biologista que atribuya los trastornos mentales a una determinada disfunción del funcionamiento cerebral, no hay ningún tipo de examen biológico que puedan dar certeza, a nivel biológico, de un diagnóstico determinado. Por cierto, lo señalado no excluye que ciertos problemas de salud mental pueden estar relacionados con alguna enfermedad “física” (hipotiroidismo, infecciones sistémicas, tumores cerebrales, etc.). En los casos en que se pueda sospechar esto, una evaluación médica puede ser muy importante para identificar si están presentes esas “enfermedades físicas”.

El predominio del modelo médico en psiquiatría explica que el proceso de evaluación y diagnóstico sea más estandarizado en ella. En psicología, por el contrario, el proceso de evaluación y diagnóstico no tiene una forma de realización que sea claramente hegemónica y es más dependiente de los enfoques que predominen en los profesionales. Nos estamos refiriendo a la evaluación y diagnóstico en psicología clínica en especial, pero mucho de lo que se está señalando es válido para las evaluaciones que se realizan en otros campos de la psicología. En psicología, la evaluación es todo un amplio campo de quehacer. Ello implica que los propósitos, contenidos y formas de realizar una evaluación psicológica pueden ser muy diferentes.

A veces, se comete el error de confundir evaluación psicológica con el solo uso de pruebas psicológicas; ellas pueden o no ser parte de una evaluación psicológica. Distintas profesiones usan pruebas o test (en psiquiatría es poco habitual, pero también hay uso de pruebas para establecer frecuencia y gravedad de “sintomatología”, niveles de discapacidad,

etc.). La psicología es una disciplina que ha dedicado gran atención al desarrollo de formas de “medir” el comportamiento en sus diversas dimensiones y ha generado una gran batería de instrumentos de medición. El desarrollo de teoría y métodos de medición psicológica (“la psicometría”) es un campo académico relevante de la psicología. Estas circunstancias del desarrollo de la psicología han contribuido a que, a veces, se piense al psicólogo como un aplicador de pruebas. Es más, en algún momento del desarrollo del campo de la salud mental, se pensó que el aporte central de la psicología sería aportarle a la psiquiatría los “test” que permitirían apuntalar las hipótesis diagnósticas. No fue infrecuente, en consecuencia, que, en el pasado, el rol principal de los pocos psicólogos que existían en los hospitales psiquiátricos fuera la aplicación de pruebas y el informe de sus resultados. Pero aplicar pruebas e informar sus resultados es una forma específica de evaluación psicológica que tiene fines delimitados (y, aun así, rara vez una prueba es interpretable sin una evaluación más amplia de la persona). El uso o no de pruebas psicológicas en una evaluación depende de los propósitos de esa evaluación, pero, en ningún caso, debe identificarse evaluación psicológica con uso de pruebas.

La evaluación psicológica puede centrarse en múltiples aspectos, según cuáles sean sus objetivos. Casi en toda forma de evaluación psicológica la entrevista y observación tienen un rol central y, en algunos casos, exclusivo. En psicología clínica, según el enfoque que domine la evaluación psicológica, la forma de evaluación puede tener más o menos similitudes con la manera de evaluación dominante en psiquiatría. Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, el propósito central de la evaluación en psicología no es, habitualmente, la asignación de las personas a alguna categoría de trastorno mental, aunque puede ser un aspecto considerado.

Como se ha expuesto largamente en capítulos previos, las categorías diagnósticas de trastornos mentales han surgido mayoritariamente de la psiquiatría, aunque en las últimas décadas la participación de psicólogos y otros profesionales en la elaboración de los sistemas clasificatorios y diagnósticos de trastornos mentales ha sido creciente. En algunas de las categorías, la psicología ha sido la que ha tenido el rol central, como en las referidas a discapacidades intelectuales. El director de la última edición del capítulo de trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo de la CIE (OMS, 2019), fue el psicólogo Geoffrey Reed. Más allá de estos factores históricos, el punto central es que la relevancia que

se le atribuye a las categorías diagnósticas está ligado al modelo conceptual dominante en el proceso de evaluación. No hay categorías propias exclusivas de la psicología para hacer “diagnóstico psicológico”.

El diagnóstico psicológico, entendido como resultado, corresponde, en consecuencia, a las conclusiones que se obtienen de la evaluación psicológica. Si para dar cuenta de estos resultados se considera necesario y útil (depende mucho del enfoque del profesional y del contexto en que está trabajando), se pueden utilizar las categorías diagnósticas “oficiales” de trastornos mentales (desde luego, debe evitarse el empleo atípico o poco riguroso de esas categorías si es que se las emplea; utilizarlas con significados impropios solo confunde), pero el resultado de una evaluación psicológica es, en principio, más amplio que la sola rotulación de la persona con una categoría diagnóstica específica.

El propósito central de una evaluación en un “contexto clínico” es comprender la naturaleza del problema particular que presenta la persona e identificar los factores que pueden explicarlo. En psiquiatría se le atribuye habitualmente más poder explicativo a la categoría diagnóstica en sí misma; en cambio, en psicología, al “análisis funcional del problema” (para decirlo en el lenguaje del enfoque conductual o cognitivo-conductual). Sin embargo, ello no quiere decir que en psiquiatría se ignore que todo problema es siempre singular y que está determinado por una serie de factores que es importante tratar de identificar en cada situación, más allá de la rotulación. Tanto en psiquiatría como en psicología el diagnóstico, en sentido amplio, no se agota en la mera etiqueta diagnóstica. A fin de hacer explícito esto último, en las últimas décadas ha empezado a popularizarse en el campo de la salud mental el término de “formulación diagnóstica”. Si bien este término tiene varias acepciones, una de sus razones de ser es hacer nítida la diferencia entre el diagnóstico, entendido como la rotulación de la persona con una categoría diagnóstica determinada, respecto del intento de comprensión más amplio y personalizado de lo que le puede estar sucediendo. Esto último es lo que se entiende por formulación diagnóstica: no el rótulo, sino la integración de toda la información disponible de cara a una comprensión de lo que le puede estar ocurriendo a esa persona. La formulación diagnóstica integra la información buscando establecer ¿qué le está ocurriendo a la persona exactamente? ¿por qué le puede estar ocurriendo? ¿cómo influyen sus propias conductas en la génesis, mantención y/o agravamiento de sus

dificultades? ¿cómo influye el contexto? ¿cómo esto se conecta con otras experiencias vividas?

Según el enfoque de los profesionales, la formulación diagnóstica puede ser entendida como: 1) complementaria al diagnóstico de un trastorno mental formal, 2) puede considerar el diagnóstico de trastorno mental como un componente interno de la formulación y como ayuda para caracterizar lo que le sucede a la persona, o, 3) puede ser un enfoque completamente alternativo al empleo de categorías diagnósticas de trastorno mental. Existe una tendencia a usar la noción de formulación actualmente sin el apellido de “diagnóstica”, para evitar la connotación médica de este término (a veces, con el apellido de “caso, esto es, como “formulación de caso”).

VIII.
REFLEXIONANDO SOBRE EL MODELO
MÉDICO EN SALUD MENTAL



A LO LARGO DE LOS CAPÍTULOS previos se han ido señalando diversas limitaciones y problemas que, desde la perspectiva que sustenta este libro, tiene el modelo médico en su forma de aproximación a los problemas psicológicos. En este capítulo se hará una mirada más global e integrada a lo que significa modelo médico de comprensión de los problemas psicológicos y a las críticas que suscita, profundizando en algunos aspectos no considerados previamente.

Si bien los planteamientos críticos al modelo médico en salud mental tienen una larga historia, todavía son de interés. Es más, podríamos pensar que una perspectiva crítica es todavía más necesaria hoy que en el pasado, pues el modelo médico en salud mental se ha expandido por toda la sociedad, haciendo que una concepción medicalizada de los problemas psicológicos domine el imaginario social desde hace algunas décadas. Una consecuencia de esta medicalización es el incremento en el consumo de psicofármacos en las sociedades actuales, que ha llegado a niveles impresionantemente altos. Estudios realizados en algunos países, incluyendo el nuestro, han mostrado que hasta un 20% de la población puede haber consumido psicofármacos en un año determinado (Crespo y Machin, 2020; Frances, 2014). Si los límites y problemas de una concepción médica de los problemas psicológicos no se hacen visibles, la necesidad de que se fortalezcan perspectivas alternativas en el ámbito de la salud mental no recibirá la atención que requiere.

Como hemos insistido, el modelo médico es dominante en la psiquiatría, pero no es exclusivo de ella. En el caso de la psicología, algunos enfoques están permeados también por la mirada y modo de acción propios

del modelo médico. Ello explica, por ejemplo, el uso acrítico de las categorías diagnósticas en esos enfoques, aunque desde modelos explicativos que ponen el acento más en disfunciones de los procesos mentales que en la biología, pero que, igualmente, tienden a entender los trastornos mentales como supuestas *entidades* que están “dentro” de las personas.

Una de las principales consecuencias del dominio del modelo médico en el campo de la salud mental ha sido su contribución a la psicopatologización de los problemas humanos. Entendemos por psicopatologización el resultado de interpretar a las diversas dificultades que enfrentamos los seres humanos al vivir como una expresión de problemas de salud mental que requieren de “diagnósticos” y “tratamientos” especializados (típicamente farmacológicos, pero no solo farmacológicos), y que favorece la etiquetación masiva de la población como “portadora” de trastornos mentales de un tipo u otro. A la cultura psicopatologizada que resulta de este proceso, Kenneth Gergen la denominó, hace ya tiempo, “cultura del déficit” (Gergen, 1996). Desde este escrito de Gergen a la fecha se puede constatar que esta cultura del déficit ha continuado expandiéndose. La psicopatologización ha sido resultado tanto de la ampliación del alcance del modelo médico a los problemas psicológicos como de un proceso más global de “psicologización” de las dificultades humanas.

La noción de psicologización es entendida como una forma de reduccionismo que se expresa en distintos ámbitos: focalización excesiva de la atención en los individuos aislados más que en el entramado social del que son parte; los comportamientos humanos son explicados fundamentalmente desde factores personales, subestimando sus componentes socioculturales; las personas son vistas desde una óptica que destaca su vulnerabilidad y no sus capacidades y responsabilidades como actores de su vida; en este contexto, se sobredimensionan las posibilidades y necesidades de la psicoterapia.

Desde luego, hablar de modelo médico es una simplificación. La medicina es una ciencia aplicada y profesión con una larga historia. Ni siquiera pensando en los últimos 120 años podría hablarse de un único modelo en la forma de entendimiento y ejercicio de la medicina. No obstante, hay ciertos aspectos de la forma de entendimiento y ejercicio de la medicina que han tendido a predominar en los últimos siglos. Muchos de estos aspectos han sido muy positivos y han permitido contribuir de modo decisivo a una mejor salud de las comunidades y personas. Se trata de un modelo con fuerte base en el conocimiento biológico, con grados

de especialización creciente para abordar problemáticas complejas, sostenido en desarrollos tecnológicos cada vez más sofisticados tanto en el campo del diagnóstico como de la terapéutica.

Aunque este modelo ha cosechado amplios éxitos en el campo de la salud humana, también tiene límites y problemas, los que se han ido haciendo más notorios en la medida que la población envejece y que los problemas de salud más habituales se relacionan con condiciones y estilos de vida (por ejemplo, enfermedades crónicas como la diabetes y los problemas coronarios; el sobrepeso y obesidad). La psicología de la salud es una de las disciplinas que está tratando de contribuir al desarrollo de un modelo de comprensión y acción más apropiado a los desafíos actuales en el campo de la salud que el que ofrece el modelo médico tradicional. Como señalamos en el capítulo 3, el modelo dominante en la medicina contemporánea es denominado con frecuencia modelo “biomédico”, aludiendo, habitualmente, a una visión crítica de los modos de entendimiento y acción que tienden a ser dominantes en la medicina actual, donde la persona deja de ser vista tras el interés especializado por el órgano enfermo y la hipertrofia tecnológica.

El modelo médico se centra en la existencia de enfermedades entendidas como entidades bien delimitadas que un experto diagnostica y para las que prescribe un tratamiento (habitualmente farmacológico). Desde este modelo existe un análogo a las enfermedades en el campo de los problemas psicológicos —eso pretenden ser los trastornos mentales como son hoy entendidos—. Como he destacado anteriormente, si bien el modelo médico en salud mental no necesariamente desconoce que los problemas psicológicos son multifactoriales, tiende a ser un modelo *BIO-psico-social*, donde los componentes no biológicos tienen, en la práctica, un rol secundario. De hecho, el predominio del modelo médico no solo ha descansado en la analogía entre enfermedades físicas y trastornos mentales sino en la idea que estos trastornos mentales serían, en el fondo, enfermedades cerebrales. O sea, ha sido una forma reduccionista de tipo biologista de modelo médico la más influyente en la psiquiatría.

La crítica más radical al modelo médico y biomédico en el campo de los problemas de salud mental surge del cuestionamiento a la posibilidad de aplicar a la comprensión del comportamiento humano principios y formas de entendimiento propias de las ciencias naturales (crítica que también es válida para diversos enfoques en psicología). Al margen de esa crítica más radical, el centro de las críticas habituales es que, en sus

propios términos de científicidad, el modelo biomédico carece de solidez. El biologicismo del modelo está, en general, débilmente sustentado, descansa más en una petición de principio (“tiene que existir una base biológica de cada trastorno”), que en sólidas evidencias que demuestren la causalidad biológica de ellos, más allá de indicadores generales de participación de componentes genéticos (en todo comportamiento humano, los genes, de algún modo, participan), y de pocos consistentes hallazgos sobre el rol de estructuras y procesos de comunicación interneural en diversos trastornos.

Ante estas críticas, los “adherentes” al modelo biomédico replicarían que hasta ahora no hay hallazgos concluyentes, pero sí sugerentes, y que con más investigación se demostrarán esas bases biológicas postuladas. Este planteamiento no es del todo descartable en todos los planos, aunque cabe señalar que el esfuerzo puesto en la investigación de las bases biológicas de los trastornos ha sido gigantesco y que lleva décadas. Se viene prometiendo desde Kraepelin en adelante la identificación de esas bases biológicas ¿será cosa de seguir esperando? Es probable que lo que suceda es que se esté buscando donde no se debe (en el cerebro aislado).

Las categorías diagnósticas establecidas basadas en este modelo tienen dificultades para ser empleadas de modo confiable y, lo verdaderamente grave, hay muy pocos indicadores de su validez. Recordemos que la confiabilidad en este ámbito alude a que se use la misma categoría para “diagnosticar” un problema por parte de diferentes profesionales (a esto se le llama “confiabilidad interjueces”). La confiabilidad es débil y hay categorías con niveles de confiabilidad particularmente reducidos (por ejemplo, las de trastornos de personalidad). Por su parte, la validez, en palabras simples, significa que una categoría debe decir algo que justifique que sea reconocida su existencia como tal entidad diagnóstica (o sea, que no sea un término que nada dice, una mera “invención lingüística”). Si se descarta que las categorías estén indicando bases biológicas particulares (ni tampoco otras etiologías causales) ¿qué les da sentido y las justifica? Si los indicadores de validez no son sólidos, bien ellas podrían ser construcciones terminológicas carentes de todo fundamento: las categorías diagnósticas podrían ser palabras mágicas que crean realidades que no existen, como lo fue el “flogisto” para explicar la combustión (por ejemplificar, no se está diciendo que no existan niños y niñas inquietos e impulsivos que puedan cumplir los criterios diagnósticos del trastorno por déficit atencional hiperactivo TDAH; lo que se está diciendo es que

si los indicadores de validez no son suficientes, atribuir esa inquietud e impulsividad a un trastorno mental denominado TDAH podría estar completamente injustificado). La validez o no de las categorías diagnósticas es un tema altamente controversial. No existen categorías que carezcan de todo indicador de validez. Lo que se discute es si presentan indicadores de validez suficientes como para ser consideradas categorías diagnósticas con algún valor real.

No es claro que las categorías diagnósticas distingan patrones bien definidos de problemas, esto es, no es claro hasta donde las categorías capturan “patrones reales” de dificultades. Obviamente, hay categorías mejor establecidas que otras. Tampoco es claro que al atribuirse a alguien una determinada categoría diagnóstica se logre demasiada información del posible curso de sus dificultades ni de la forma en que la persona responderá a los tratamientos.

Lo que es más nítido en las categorías es que tienen validez aparente (o sea, “parecen válidas”) especialmente para quienes las han creado! Una vez creadas parecieran dar cuenta de fenómenos que están ahí “afuera”, pero en eso hay un riesgo de profecía autoconfirmatoria. Por ejemplo, se establece que el trastorno depresivo mayor es frecuente y se le define por una serie de “síntomas” que son comunes en las personas; luego se buscan activamente esos “síntomas” en las personas, y, claro, se encuentran. Entre medio, las personas han aprendido que hay experiencias que tienen que serían “síntomas” de depresión y a consultar a profesionales por ellas. Ese sería un posible ejemplo de profecía autoconfirmatoria. Por esta razón, Marino Pérez ha señalado que los profesionales de la salud mental, basados en el modelo médico, podrían estar actuando como “bomberos pirómanos” (Pérez, 1999). En definitiva, la validez aparente no es una forma de validez que pueda considerarse científica.

La elevadísima “comorbilidad” entre las categorías es otro de los fenómenos que cuestiona su validez. Si una persona al ser diagnosticada con un trastorno A tiene más probabilidades de ser diagnosticada también con un trastorno B que de ser diagnosticada solo con el trastorno A, o sea, si el diagnóstico de A y B en conjunto es más habitual que solo el diagnóstico de A ¿estará bien justificada la distinción de A y B? ¿serán realmente “dos” trastornos que tiene la persona o esa comorbilidad es un artificio resultado de haber dividido, previamente, un problema en dos, en forma errónea?

No debe olvidarse que las categorías diagnósticas son, deliberadamente, descriptivas, esto es, solo aluden a cómo se expresa un problema, pero no a su causa. Entonces, eso reduce significativamente su utilidad. Como se va observando, las categorías diagnósticas no cumplen los requisitos que habitualmente tiene la identificación de enfermedades en medicina y que hace tan importante en ella el diagnóstico correcto.

Hay una “trampa” con los diagnósticos de trastornos mentales a la que es necesario estar atento: el solo uso de las categorías genera la impresión de que se ha encontrado una explicación del problema diagnosticado y ello no es así, dado que la categoría es solo descriptiva. Demos un ejemplo de esta trampa: hace un tiempo, X está abatido, desolado, desmotivado, aislado, etc. Probablemente, se le diagnostica un trastorno depresivo mayor ¿y por qué se le diagnostica eso? La razón es que el abatimiento, la desmotivación, etc., son los criterios diagnósticos de la depresión mayor. O sea, se le ha dado un nombre al fenómeno que experimenta X. Hasta ahí todo puede estar relativamente bien. El problema es que se puede generar el falaz efecto de pensar que se ha encontrado una explicación de la desmotivación y abatimiento de X, cuando no es así, solo se le ha denominado. No es una auténtica explicación sino una circular o “dormitiva” (lo de explicación dormitiva viene del siguiente diálogo de una historia teatral donde se le pregunta a una examinada: “¿por qué el opio hace dormir a la gente?” Y ella responde “porque contiene un *principio dormitivo*”). Cabe destacar que la respuesta era la correcta, en el contexto histórico en que se situaba esa obra de Molière). Imaginemos a un padre cuyo hijo ha recibido el diagnóstico de “trastorno por déficit atencional/hiperactividad”. Puede pensar “ahora sé por qué mi hijo se aburre en el colegio y no pone atención”. Pero ¿realmente ahora sabe algo distinto de lo que ya sabía y ha logrado una buena explicación de lo que le sucede a su hijo?

La discusión en torno a si las categorías diagnósticas son dormitivas o no depende de si se asume que las categorías aportan algo más que un nombre resumen de las dificultades de una persona. Si la categoría de TDAH estuviera bien establecida, y aludiera a un fenómeno claro y con causas establecidas, tal vez no sería tan dormitiva y ese padre del ejemplo quizá pudiera estar sabiendo algo distinto de lo que sabía antes de que a su hijo se le asignara ese diagnóstico. Pero ese supuesto es discutible y, para algunas categorías, muy discutible. Lo único que podemos decir

con seguridad al asignarle a alguien el rótulo de TDAH es que su comportamiento tiene *algunas* similitudes con el de otros niños y niñas que también califican para ese rótulo y ello puede sugerir *hipotéticas* causas *generales* de lo que le sucede (aquellos factores que las investigaciones han mostrado relacionados con ese trastorno). Por tanto, una vez que se le asigna a alguien una categoría diagnóstica determinada queda más bien abierto el tema de a qué puede deberse que esa persona “tenga” un trastorno depresivo mayor o un TDAH. Sin embargo, el uso *mistificado* del modelo médico en relación a los problemas de salud mental genera la ilusión de que la explicación fue encontrada (decimos uso *mistificado* porque se está omitiendo que los diagnósticos no tienen el mismo valor ni significado en el campo de los problemas de salud mental que en la medicina).

Pese a todo, no se debe absolutizar la crítica que estoy analizando. Poder relacionar lo que le pasa a A con lo que les ocurre a otras personas a quienes se les ha “diagnosticado” lo mismo que a A puede proporcionar información valiosa, aunque no sea una explicación sustantiva. Lo que sabemos de esos niños y niñas que también han sido considerados con diagnóstico de TDAH podría tener *alguna* utilidad para entender lo que sucede con el hijo del ejemplo, *alguna* utilidad para pensar su tratamiento. Dado que las categorías diagnósticas consideran el cumplimiento de una serie de criterios, entonces, en un solo término, sintetizan diferentes tipos de información. Por ejemplo, sabemos que casi todos criterios diagnósticos consideran la presencia de un malestar clínicamente significativo o de una discapacidad. Eso quiere decir que identificar un trastorno no es trivial, e indica que las personas que satisfacen los criterios presentan un problema que tiene alguna importancia (lo cual no significa que tenga necesidad de tratamiento, eso depende de otros factores, como hemos insistido). También los criterios especifican tiempos de duración. Si es un trastorno depresivo mayor, sabemos que es algo que tiene más de dos semanas de duración o más de seis meses si es un TDAH. También sabemos que hay otros rótulos que se han descartado para hacer el diagnóstico dado que no explican mejor el problema —“diagnóstico diferencial”— (y si se ha realizado una evaluación médica cuidadosa, también, tenemos motivos para pensar que no hay, aparentemente, una explicación médica de problemas de salud físicos que puedan estar generando las dificultades analizadas).

Por lo tanto, aunque las categorías diagnósticas tiendan a ser “dormitivas”, no necesariamente son inútiles, pues si bien no aportan comprensión de las causas, sí pueden dar indicios de ellas y, además, pueden indicar lo que no es. De hecho, la medicina en general no está exenta de diagnósticos que parecen dormitivos o circulares. Cuando a una persona que tiene dolor de espalda se le diagnostica lumbago (que significa dolor de espalda), el diagnóstico es circular pues no deja muy claras las causas de ese lumbago, solo lo nombra de un modo más técnico, pero ese nombre da algunas pistas sobre lo que podría estar ocurriendo. Por caricaturizar, al pensar en lumbago se está pensando en un dolor de espalda habitual y que hay que buscar las posibles explicaciones en sus causas frecuentes y no en un cáncer (obviemos que lumbago no es, propiamente, un diagnóstico de enfermedad).

Por tanto, podría ser injusto plantear que las categorías diagnósticas al uso son completamente vanas. Lo que es claro es que su valor es discutible y, en general, mucho más reducido que lo que el modelo biomédico tiende a atribuirles. Y que, así como pueden tener alguna utilidad, tienen también un potencial iatrogénico importante. Cuando el director del Instituto Nacional de Salud de Mental de Estados Unidos declaró en el blog que tenía en ese tiempo, pocos días antes de la publicación del DSM-5, que las categorías de este manual carecían de validez y que los pacientes “merecían algo mejor”, generó un revuelo mediático por ser él quien señalaba esto, pero no era muy diferente a lo que múltiples autores e investigadores habían señalado previamente. Por cierto, no estaba diciendo que el DSM-IV fuera mejor al DSM-5, sino que, pese a los esfuerzos, no se había avanzado respecto de este último.

Que las categorías diagnósticas puedan tener alguna utilidad, en ciertos contextos, no significa que la tengan necesariamente. En ocasiones pueden oscurecer y estigmatizar lo que pasa con una persona más que ayudar a comprender. Si a una mujer que vive una situación de violencia familiar se le diagnostica un “trastorno depresivo mayor” y se le atribuye a ese diagnóstico la explicación de lo que le sucede, el diagnóstico puede tener un rol iatrogénico.

Los rótulos diagnósticos tienen otro efecto falaz, además del ya mencionado de generar una impresión de explicación que no es tal. Al decir “X tiene un trastorno depresivo mayor” o “Y tiene un trastorno obsesivo-compulsivo” se da la impresión de que hubiéramos descubierto algún

problema “dentro” de X o Y. Sin embargo, en rigor, no hemos descubierto nada “dentro” de X o Y: hemos visto que sus comportamientos son compatibles con una categoría diagnóstica, la cual usa criterios centrados especialmente en conductas manifiestas. No es mirando su “cerebro” —ni tampoco una “disfunción de sus procesos mentales”— como hemos hecho el diagnóstico. Sin embargo, se establece el imaginario que “dentro” de la persona hay una especie de cosa que sería el trastorno depresivo mayor o el trastorno obsesivo-compulsivo, por dar dos ejemplos (y aquí podemos entender la tendencia a la biologización del modelo médico: si el trastorno está “dentro” ¿qué mejor lugar que el cerebro para que esté?). A este otro tipo de efecto falaz se le llama “cosificación” o, más elegantemente, “reificación” (que podemos definir como transformar un concepto que alude a un proceso en una cosa física).

Dado este efecto reificador, las personas tienden a creer que se ha identificado alguna disfunción cerebral particular cuando se hace el diagnóstico de presencia de algunos trastornos mentales. Los propios profesionales tienden a pensar a los trastornos como cosas que estarían dentro nuestro, en la red neuronal o “conectoma”. Los trastornos serían así fenómenos biológicos dentro nuestro que podrían ser vistos con la tecnología de imágenes cerebrales. Esa concepción reificada es altamente cuestionable, aun cuando esté popularizada. Probablemente, a lo más, una imagen cerebral podrá, algún día, mostrar signos de procesos biológicos que se asocian a trastornos determinados (aunque no el “trastorno mismo”) pero, hasta ahora, no hay resultados consistentes para ese propósito.

Este efecto falaz es el que explica que sea frecuente en la población que se espere que sean neurólogos los que hagan el diagnóstico de TDAH, porque se tiene la ilusión de que ellos hacen exámenes que permiten identificar el problema cerebral que estaría a la base de este diagnóstico. Por cierto, ello no es así, y, como hemos indicado, los diagnósticos en el ámbito de la salud mental son en su gran mayoría, básicamente, “clínicos” (en relación al TDAH ni siquiera hay test específicos que permitan identificar el supuesto problema atencional que se supone tiene a la base este trastorno).

Al margen de que sea falaz el supuesto de que se ha identificado algo dentro de la persona, y más aún, en su biología, la idea de disfunción (un sinónimo de anormalidad, como explicamos en el capítulo 3), es el núcleo de la idea de trastorno mental. Aunque, como hemos reiterado, esa

disfunción no se haya demostrado y no sea parte de los criterios diagnósticos explícitos, el diagnóstico de trastorno mental la presupone. Que se presuponga una disfunción *en* la persona (o *dentro* de la persona), tiene implicaciones relevantes: resulta inevitable que al usarse las categorías diagnósticas actuales se tienda a minimizar el rol del contexto en la génesis, mantención y/o agravamiento de los problemas de las personas pues, por definición, se entiende que los trastornos están *en* ellas. Y no es solo minimizado el rol del contexto: el rol de la propia persona es el que es minimizado, ya que sus dificultades no son resultado de acciones que la persona ejecuta, es algo que “tiene”, una disfunción que padece, que está “dentro” de ella (y que, de algún modo, no controla, por tanto).

Otra crítica de gran importancia a las categorías diagnósticas actuales es su carencia de *validez conceptual*, entendida como la capacidad de distinguir entre “normalidad” y “trastorno”. Las categorías son sobreinclusivas, esto es, no distinguen bien normalidad y lo que con más propiedad podría considerarse trastorno propiamente tal, de acuerdo al propio concepto de trastorno mental basado en el modelo médico. Esta falta de validez conceptual se origina en su ceguera al contexto. El diagnóstico es establecido centralmente a partir de la presencia de malestares o conductas problemáticas, pero sin un análisis mayor del significado de estas (eso lo podría y debería hacer un clínico, pero eso implicaría no atenerse a los criterios diagnósticos). Por definición, un diagnóstico de un trastorno mental identifica a personas que lo están “pasando mal” o que están con problemas para adaptarse a las exigencias sociales (el cumplimiento de estas condiciones de malestar clínicamente significativo o de discapacidad es exigido para la mayoría de las categorías diagnósticas), pero eso no implica haber identificado a personas a quienes efectivamente merezca considerar como que presentan un trastorno mental. Una persona recientemente cesante puede satisfacer todos los criterios de un trastorno depresivo mayor, pero es dudoso que sea pertinente atribuirle ese trastorno. Esa persona estará experimentando un malestar intenso y significativo, y seguramente su desempeño en la vida estará afectado, no podrá concentrarse bien, hará peor muchas cosas que hacía bien antes, pero no por ello presenta algo que merezca ser considerado trastorno (otra cosa es que pueda necesitar apoyo; este tema fue analizado en el capítulo 4). La falta de validez conceptual de los criterios diagnósticos explica, en parte, las sorprendentemente elevadas cifras de prevalencia de trastornos mentales que observan muchos estudios epidemiológicos.

Estos estudios se basan en el uso exclusivo de los criterios diagnósticos al uso, sin que el cumplimiento de los criterios diagnósticos sea cualificado por el contexto.

Si bien habría muchos más aspectos que considerar, limitaremos nuestro análisis del modelo biomédico en salud mental a lo ya señalado. En este capítulo nos hemos centrado en la crítica de la aplicación de este modelo a los problemas psicológicos desde la perspectiva de su efecto en el modo de entender los problemas de salud mental. Pero evidentemente las limitaciones del modelo médico en salud mental trascienden a otros ámbitos, entre ellos, el modo de establecer las relaciones con los consultantes y dentro de los equipos profesionales, los tipos y formas de tratamientos privilegiados, las concepciones de políticas de salud mental, entre otros.

¿Hay una crisis de la aplicación del modelo médico a la salud mental? En mi opinión, debería haberla, pero no la hay, o, si la hay, es todavía una “crisis latente”, no una “patente”. Esta crisis latente no solo tiene relación con los temas tratados en este capítulo, sino que también con los otros aspectos mencionados en el párrafo previo. Por ejemplo, con las prácticas relativas al uso de psicofármacos, donde hay interrogantes sustantivas. No hay crisis manifiesta, pero sí hay cuestionamientos, a veces muy intensos (como ocurrieron con la publicación del DSM-5), hay interesantísimas iniciativas de propuestas alternativas (por ejemplo, las propuestas que se han generado en la Sociedad Británica de Psicología Clínica como alternativas al uso de las categorías diagnósticas; ver Johnstone y Boyle, 2019), pero aún no existe un amplio debate público que implique que la institucionalidad de la salud mental reconozca y se haga cargo de los problemas que se están derivando del modelo biomédico dominante.

IX.
BIOLOGÍA, COMPORTAMIENTO
Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS



UN TEMA QUE HA sido intensamente controversial en las ciencias del comportamiento es el de relación entre biología y comportamiento (incluyendo en este, por cierto, a los procesos mentales y subjetividad). El tema específico de más intensa controversia ha sido el del rol de los factores de herencia biológica en el comportamiento humano. Perspectivas genetistas radicales han chocado con planteamientos ambientalistas igualmente radicales. Muchas veces el intento de diálogo científico en el análisis de este tema ha fracasado y se ha transformado en acusaciones, descalificaciones e ignorancia mutua entre los investigadores. A veces, estas descalificaciones e ignorancia han sido entre las disciplinas (por ejemplo, ignorar en la sociología lo que el estudio de la biología puede aportar. No porque un investigador trabaje en un ámbito disciplinario eso debiera sesgarlo contra los otros ámbitos y hacerlo pensar que necesariamente el propio es el único o más relevante, pero ocurre que cada disciplina tiende a sesgarse en direcciones convergentes con su objeto de estudio).

La obtención de datos a través de las investigaciones empíricas no siempre ha sido suficiente para ir resolviendo las preguntas suscitadas por este tema, puesto que los datos por sí mismos “no hablan”: requieren ser producidos, interpretados, divulgados, y en ello las posturas teóricas y las perspectivas disciplinarias son muy influyentes. Y no solo ellas: hay intereses de diversa naturaleza que influyen, desde “intereses ideológicos”, intereses de prestigio de los científicos y comunidades científicas, intereses de las instituciones que apoyan las investigaciones, etc. Eso, además de la enorme complejidad que supone este campo de interés, ha

generado planteamientos empobrecidos o dogmáticos, a los que podemos considerar “evangelismos” genetistas o ambientalistas sin base científica.

Desde luego, esto es habitual en diversos dominios del conocimiento. Sin embargo, en las controversias natura-nurtura (naturaleza-ambiente) se hace más patente que en otros ámbitos del conocimiento que la actividad científica es una actividad social realizada por seres humanos. Esta obviedad tiene implicaciones: los seres humanos tenemos formas de ver la realidad (valores, ideologías, creencias), que a su vez están nutridas por nuestras experiencias, por el lugar en el mundo desde donde miramos y por la cultura de la que participamos. Ello incide en los científicos particulares y en las comunidades científicas. El método científico puede ayudar a disminuir el efecto de estos factores en las investigaciones, pero no lo puede hacer desaparecer.

Es central considerar también el contexto social en que se desarrolla la actividad científica, que no es solo el resultado de la curiosidad de conocimiento que los científicos puedan tener. Siendo la ciencia una actividad social, ello implica que hay instituciones que la estimulan, sostienen y regulan, las cuales van influyendo con sus propios valores, ideologías e intereses en qué y para qué se investiga, en las interpretaciones de los hallazgos, en las líneas de investigación que se promueven, en los resultados que van siendo más visibilizados.

Debido a esta constelación de factores, podemos encontrar en la actividad científica, en casos extremos, falseamiento de datos para afirmar una u otra postura, pero ello es inhabitual. El problema más importante no es el falseamiento deliberado de datos: una de las gracias de la ciencia como actividad social abierta al escrutinio público y de la comunidad científica es que ello puede ser detectado en forma relativamente eficaz. Más que falseamiento deliberado de datos, podemos observar sesgos y distorsiones que afectan a la comunicación dentro de la comunidad científica y, que a veces, irradian hacia otros ámbitos de la sociedad, que, a su vez, puede hacer usos más parciales todavía de los resultados de las investigaciones con propósitos ideológicos o por intereses económicos, por ejemplo. Estos sesgos y distorsiones a veces son intencionales, pero, muchas veces, son más bien el resultado de los enfoques que son dominantes.

Por ello, es importante ser capaz de analizar críticamente los resultados de la investigación científica e identificar, por ejemplo, qué factores

ideológicos pueden estar vinculados a la forma como se trata o analiza un tema. Ello, ciertamente, no debiera implicar descalificación ni desconocer que quien analiza también está influido por su propia mirada del mundo. En este tema, sin embargo, la descalificación se ha observado con frecuencia, e incluso han existido intentos de querer negar o incluso prohibir los resultados de alguna investigación porque, desde la perspectiva contraria, se consideran inaceptables. De este modo, en vez de querer analizar con más profundidad ciertos datos y de analizar distintas opciones explicativas, se asumen que son falsos y se acusa a los investigadores, a veces distorsionando sus verdaderos planteamientos (siempre es más fácil criticar al otro distorsionando sus auténticos planteamientos).

Un ejemplo que ilustra lo que se ha venido diciendo se puede dar a propósito de la psicología evolucionista* o evolucionaria (antes denominada sociobiología). La psicología evolucionista es un pujante enfoque de la psicología que intenta comprender cómo planteamientos derivados de la teoría de la evolución (de Darwin y sus seguidores) pueden ser relevantes para comprender el comportamiento humano. Un tema interesante de mirar desde la psicología evolucionista es por qué tenemos una respuesta que nos prepara para “huir o atacar” al enfrentarnos un estresor en ocasiones en que esa respuesta no es útil para enfrentarlo, como estar un taco de automóvil. La psicología evolucionista realza que las respuestas de huida y ataque fueron probablemente seleccionadas en el entorno evolutivo en que por mayor tiempo ha vivido la especie homo sapiens y plantea, por ejemplo, que la respuesta de un automovilista en un taco es un anacronismo biológico.

Como es esperable, la psicología evolucionista da fuerte énfasis a los aspectos hereditarios biológicos (genéticos, en particular) para entender el comportamiento. En su marco conceptual, un principio central es que el comportamiento humano estaría influido por genes que fueron seleccionados evolutivamente para favorecer su propia reproducción. Hay, sin duda, aspectos legítimamente controversiales respecto de este enfoque, lo que no obsta a que sea de interés para todo estudioso del comportamiento. Lamentablemente, ha ocurrido que algunos contradictores de este enfoque, en vez de argumentar contra él, han realizado “denuncias” y “boicot” a estos planteamientos, considerándolos, per se, ilegítimos. Ello ha ocurrido porque algunas propuestas de los psicólogos evolucionistas no son “políticamente correctas”. Por ejemplo, investigadores psicólogos evolucionistas han mostrado que, en el caso de niños o

niñas que son maltratados por sus padres y que mueren por esta razón, es proporcionalmente más alta la implicación de los padres no biológicos en esa forma de maltrato que de padres biológicos, y explican ello por la ausencia de vínculo genético entre el padre y el hijo/a en el primer caso. Aunque a algunos nos puedan resultar antipáticos o incómodos para nuestras creencias estos datos, son hallazgos estadísticos, no arbitrarios. Por supuesto, ello no demuestra que la explicación de estos datos sea necesariamente la que proponen los psicólogos evolucionistas, pero es difícil ver dónde está lo ilegítimo en haber hecho un análisis de las estadísticas y haber propuesto una hipótesis, coherente con su enfoque, de la explicación de este hallazgo (por supuesto, podría existir un error en cómo se estimaron los datos; podrían ser propios de algunas realidades nada más, etc.; esos son temas metodológicos, y si hubiera errores en los datos en sí mismos, habría que mostrar cuáles serían; también podrían existir otras hipótesis para explicar esos datos, y sería legítimo que se plantearan para que pudiera analizarse cuál es la más plausible).

Por cierto, el hallazgo comentado no implica, bajo ninguna circunstancia, que no deba existir la adopción infantil o que los niños y niñas solo deben vivir con sus padres biológicos. Esas son extrapolaciones que no se derivan ni de los datos ni de la hipótesis que estos científicos han hecho. Aclaro que tampoco estos científicos han hecho este tipo de extrapolaciones. Sería absurdo que las hicieran: la inmensa mayoría de los padrastros no matan a sus hijos e hijas y ellos lo tienen muy claro. Extemando el punto, si fuera el caso que estos científicos hicieran extrapolaciones erróneas de sus hallazgos ¿ello invalidaría sus datos e hipótesis? No: ello invalidaría su extrapolación, a la que habría que contradecir con los argumentos pertinentes. Es parte de la historia de la ciencia que los científicos hayan hecho extrapolaciones inadecuadas de datos e hipótesis correctas.

He dado un ejemplo de reacciones injustificadas a las que han dado lugar planteamientos de autores a los que podríamos calificar de “pro natura”. Ello no desconoce que, históricamente, diversos autores de planteamientos “pro natura” han tendido a ser partidarios de posturas que, al día de hoy, consideramos socialmente “retardatarias”. Por ejemplo, hubo muchos autores que intentaron mostrar que la inteligencia era una cualidad humana que se debía, básicamente, a la genética y atribuyeron las desigualdades sociales a la desigual distribución de la inteligencia. También, la xenofobia y el racismo han intentados ser justificados de este

modo (planteándose que habría naciones y razas genéticamente superiores). El nazismo fue una forma extrema de este tipo de planteamientos. Más ampliamente, en general, los planteamientos “retardatarios” han tendido a lo largo de la historia a justificar diferentes formas de opresión a otros grupos humanos en base a la supuesta existencia de diferencias “naturales” entre ellos (el sexismo se ha sostenido históricamente en la supuesta diferencia natural entre el hombre y la mujer; la esclavitud de otros grupos humanos, en la supuesta superioridad de unos sobre otros; una expresión de estas supuestas diferencias naturales ha sido que unos grupos tendrían “alma” y otros no, etc.).

Todo ello ha hecho que la investigación genética en el campo del comportamiento humano haya sido vista muchas veces con desconfianza, lo que es comprensible dado estos antecedentes. El problema es que esta legítima desconfianza ha tendido a ir más allá de una cautela racional y a transformarse en ideas dogmáticas, llegándose a plantear que la genética es enteramente irrelevante, o a plantearse que es, per se, incorrecto señalar que exista alguna diferencia en algún plano entre grupos humanos.

En esto de negar toda diferencia entre grupos humanos se ha cometido un doble error:

- 1) Que existan diferencias entre grupos humanos no significa que sean necesariamente “naturales”. Hoy en día, por ejemplo, existen diferencias muy claras entre mujeres y hombres en diversos aspectos. Dadas las diferentes condiciones de socialización, de oportunidades y condiciones de vida, sería absurdo atribuir todas esas diferencias a factores hereditarios biológicos. Hay algunas diferencias en que probablemente los factores biológicos sean más importantes. Por ejemplo, hay evidencias de que las mujeres tienden a vivir más que los hombres, y de que ello no es explicable por las mayores conductas de riesgo presentes en hombres que en mujeres, como abuso de sustancias, realización de actividades peligrosas como deportes, manejar a altas velocidades. Aun controlando las diferencias en esas conductas, el dato de una mayor longevidad de las mujeres se mantiene, por lo que la existencia de algún factor biológico que explique este fenómeno parece plausible. Hay otras diferencias donde los factores culturales son la mejor explicación, como la mayor escolaridad de los hombres. Y otras donde factores biológicos y culturales pueden estar entrelazados en complejas formas, como la

mayor tendencia de las mujeres a experimentar estados de ánimo depresivos o la de los hombres a tener “conductas antisociales”.

- 2) Que existan diferencias que puedan ser en, algún grado, “naturales” no significa que un grupo humano sea superior a otro, ni de ello se puede derivar que exista justificación a que tengan derechos distintos. Hay evidencia de que en ciertos planos del dominio del lenguaje, las mujeres tienen más habilidades que los hombres. Hasta ahora, la hipótesis dominante es que eso se debería a factores biológicos. Si ello fuera así, eso no implicaría una superioridad de la mujer y tampoco significaría que, dadas esta mayores habilidades lingüísticas *promedio*, solo las mujeres puedan ser abogadas.

Pese a los prejuicios señalados contra la investigación genética, esta ha tenido enormes avances en las últimas décadas. El problema es que, en algunos ámbitos de estudio, como la psicopatología, la atención se ha puesto tanto en los factores genéticos que se ha tendido a difundir la idea, injustificada, al menos hasta hoy, de que en los factores genéticos estaría la principal clave explicativa de los problemas de salud mental. Más ampliamente, en las últimas décadas en el campo de la psicopatología ha tendido a imponerse un paradigma biologista para entender los problemas de salud mental, con un énfasis central en la genética y en el funcionamiento cerebral como claves explicativas. El desmesurado rol de las empresas farmacéuticas en la investigación en psicopatología es una de las explicaciones de este fenómeno. En este capítulo, intentaremos separar la paja del trigo en el tema de la relación entre biología, comportamiento y problemas psicológicos. No es sencillo, como ya he ido mostrando. Aparte de todo lo ya dicho, hay otro factor que explica la complejidad del tema: el ser humano es un animal social, biológico y cultural. Lograr una comprensión del comportamiento humano que haga justicia a esta doble condición no es fácil.

Volviendo al tema natura-nurtura, no es posible comprender al ser humano sino se logra ir entendiendo de forma no reduccionista el interjuego de estos dos factores. No es fácil conceptualmente y no es fácil, además, escapar a todos los factores extra-científicos que hemos intentado resumir. Estos factores acentúan la tendencia a generar simplificaciones y comprensiones inadecuadas. Para insistir: es incorrecto pensar que explicaciones más centradas en lo biológico sean incompatibles con

posturas sociales críticas (más de “izquierdas”); también es incorrecto pensar que explicaciones centradas más en lo ambiental o sociocultural sean incompatibles con posturas más aceptadoras del orden social (más de “derechas”). Este alineamiento entre concepciones político-ideológicas con los enfoques explicativos de cómo actúan los factores biológicos y ambientales se debe usualmente a formas muy simplificadas de entender el rol de estos factores. Pero aun escapando de esas visiones simplificadas y erróneas, tampoco es posible tener una visión enteramente “desinteresada” en este tema. Por ejemplo, quienes somos más críticos con el modelo médico de los problemas de salud mental, tendemos a sentirnos menos atraídos por las explicaciones biológicas de los problemas psicológicos y más por las explicaciones sociales. El riesgo que tenemos quienes así pensamos, es que al rechazar el biologismo rechazamos también la biología y “botemos el agua con la bañera”. Al hacer ello, se nos cerraría la posibilidad de comprender al ser humano en su complejidad.

¿Cómo influyen los genes en el comportamiento humano?

Dentro de los cromosomas son distinguidos segmentos moleculares de ADN a las que se denomina genes “codificadores”; estos segmentos tienen la “información” que permite codificar la secuencia particular de aminoácidos que forma una proteína particular; otros segmentos de ADN influyen en la activación o desactivación de los genes codificadores. Ellos son llamados genes “reguladores” (Gray y Bjorklund, 2014).

Si lo que hacen los genes es participar directa o indirectamente en la síntesis de proteínas, ¿cómo es que influyen en que se puedan experimentar deseos de suicidarse, alucinaciones o fantasías sexuales en que un objeto tiene un rol central, como en el fetichismo? Desde luego, no existen genes que tengan un código que diga “tenga Ud. deseos de suicidarse a los 18 años” o que sugieran “activar alucinaciones auditivas”. Los genes influyen en el comportamiento porque inciden en cómo se construye el cuerpo humano (hecho de proteínas) y en la fisiología corporal (las enzimas, también proteínas, son claves en el metabolismo). De particular relevancia es su influencia en el desarrollo, organización y funcionamiento del sistema nervioso y endocrino. O sea, no hay una influencia directa de los genes en el comportamiento humano sino a través de su incidencia en la estructura y funcionamiento del cuerpo humano.

La influencia de los genes, a su vez, no es independiente del ambiente ni de los comportamientos humanos. Los genes se activan o desactivan afectados por “señales” que van recibiendo del propio entorno biológico, y este se modifica según el ambiente en que la persona esté y las conductas que va teniendo. Un ejemplo de influencia del entorno biológico puede ser el siguiente: todas las células somáticas tienen la misma información genética; sin embargo, algunas se transforman en células nerviosas y otras en células hepáticas, lo que va dependiendo del lugar en que unas y otras van ubicándose en el embrión. Un ejemplo de influencia del ambiente: cuando una rata hembra que no ha tenido hijos es dejada junto con un ratón recién nacido, progresivamente, se activan los genes que participan de las conductas de cuidado maternal. La figura 1 esquematiza simplificada estos procesos interactivos.

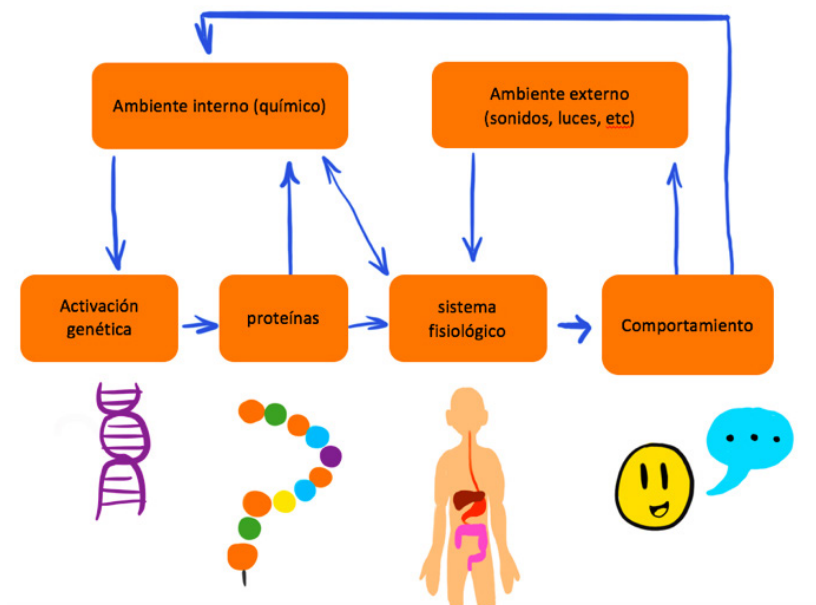


Figura 1. (adaptada de Gray y Bjorklund, 2014, p. 59).

Lo señalado anteriormente muestra que pensar que la influencia de los genes en el comportamiento es contrapuesta a la influencia ambiental es un error. Ese error lleva implícita la suposición de que ambas influencias están “al mismo nivel”, operando en el “mismo plano”, y que, por lo tanto, más influencia genética supondría menos influencia ambiental y viceversa. Esta es una forma errónea de pensar la relación natura-nurture. La altura puede servir para ilustrar esto. La altura de cada persona está genéticamente influida, pero es dependiente también de nuestro entorno y comportamientos. Así, la altura real que cada persona tiene depende de sus genes, de la alimentación que recibe, del ejercicio que realiza ¿Se podría decir que haber recibido una mejor alimentación implicó una menor influencia genética? Sería confuso plantearlo así (aunque, como veremos, eso es exactamente lo que se intenta hacer al estimar la “heredabilidad”). Otro ejemplo, más extremo: la fenilketonuria es una enfermedad causada por un defecto en el gen que ayuda a crear una enzima necesaria para descomponer la fenilalanina, sustancia que está presente en alimentos proteicos. La acumulación de fenilalanina genera daño en el sistema nervioso central y una de sus consecuencias puede ser discapacidad intelectual. Desde un cierto ángulo, entonces, podemos considerar la discapacidad intelectual debida a la acumulación de fenilalanina como 100% debida a causas genéticas. Pero, si la persona tiene una dieta de alimentos no proteicos y no acumula fenilalanina y no tiene consecuencias, por tanto, de este defecto genético ¿no cabría, decir, también, que la discapacidad intelectual debida a la acumulación de fenilalanina, y la discapacidad derivada de ella, es 100% debida a un factor ambiental como el tipo de alimentación? Nada puede tener una causa que explique el 100% del fenómeno y otra que también explique el 100%. Eso implica que esos porcentajes no se suman: no están en el mismo plano.

A la influencia genética en el comportamiento a través de su influencia en la estructura y fisiología corporal, en particular, en la estructura y funcionamiento del sistema nervioso y endocrino, la vamos a llamar *influencia directa de los genes*. Paradójicamente, a esta influencia indirecta la llamaremos directa. Este aparente absurdo tiene una explicación: hay otras formas de influencia que son todavía menos directas, a las que llamaremos, *influencias indirectas de los genes* en el comportamiento.

Raras son las situaciones en que un comportamiento o problema está relacionado con la acción de uno o pocos genes. Se han buscado incansablemente el o los genes de la depresión o de la esquizofrenia y, sin em-

bargo, no ha podido identificarse influencia determinante de genes específicos en estos “trastornos”. La influencia genética en el comportamiento es, habitualmente, poligénica. Es necesario considerar que cuando se identifica un posible gen relacionado con alguna dificultad psicológica todavía hace falta explicar el proceso que relaciona estos factores, esto es, cómo es que ese o esos genes inciden en que se pueda producir esa dificultad: dado que los genes no tienen relación directa con el comportamiento, es necesario conocer qué cómo es que estos genes modifican la estructura o funcionamiento corporal para determinar esa consecuencia.

Se ha propuesto que, en algunos casos, predisposiciones genéticas *interactuarían* con circunstancias ambientales haciendo a algunas personas más *vulnerables** a esas circunstancias o, en caso contrario, más *resilientes**. Si bien los modelos de vulnerabilidad-estrés (también llamados de diátesis-estrés) son razonables, son muy simples. Estos modelos suponen que, por ejemplo, una persona puede tener una vulnerabilidad a presentar depresión. Esa vulnerabilidad solo se expresará si la persona vive situaciones adversas que “la activen”. Tengan presente que si bien la vulnerabilidad puede ser de origen genético también puede haber sido “adquirida” a través de experiencias vitales. Por ejemplo, haber experimentado la pérdida de un ser querido podría hacer más vulnerable a una persona a experiencias de pérdida en otros momentos de la vida (esto es, la afectarían más que a una persona que no la haya vivido).

Los genes influyen en algunos rasgos temperamentales que las personas tenemos. Los rasgos temperamentales son modos habituales de respuesta psicofisiológica que las personas tendemos a mostrar desde edades tempranas: ser más o menos activos, más o menos hiper-reactivos, más o menos ansiosos, más o menos extra o introvertidos. Son un componente de la personalidad. Los genes pueden influir en nuestros rasgos temperamentales (y también en nuestros rasgos de personalidad —tema que se analiza en el capítulo 11—) y, por esa vía, hacernos más o menos vulnerables a ciertas circunstancias. Por ejemplo, algunos autores han planteado que existiría un rasgo temperamental llamado *neuroticismo*, que sería una tendencia a experimentar en forma frecuente e intensa emociones “negativas” (ansiedad, angustia, irritación, tristeza), lo que se denomina también “afectividad negativa”. Se ha señalado que la afectividad negativa tendría un cierto componente genético, lo que ayudaría a entender la mayor facilidad de ciertas personas para verse sobrepasadas por eventos vitales.

Como ya he insistido, los genes no especifican comportamientos, sino que afectan a la estructura y funcionamiento del sistema nervioso y endocrino. Las características que tenga este sistema neuroendocrino van a influir en cómo la persona actúa y en la manera que se ve afectada por el medio. Entender bien esto permitirá que se pueda reconocer influencia genética en conductas enteramente culturales. Veamos dos ejemplos. El incremento de la obesidad en las sociedades contemporáneas no se debe a ninguna mutación genética masiva. Sospechamos, fundamentalmente, que se debe a cambios en los patrones de alimentación derivados de los cambios sociales ¿Cómo podría haber una influencia genética en el sobrepeso y obesidad? Claro que la hay: no todos somos igualmente susceptibles a esos cambios sociales. Las porciones de helados gigantes para algunos son irresistibles, en cambio, otros “no caen en tentación”: quienes tengan más tendencia a desregular su conducta alimentaria ante lo dulce por algún factor genético van a tener más riesgo de obesidad en una sociedad que pone más elementos dulces a la mano (el mecanismo podría ser otro, solo se está ejemplificando. Podría ser la sensación de saciedad, por ejemplo, el mecanismo implicado). El tema es que estando el incremento del sobrepeso y obesidad determinado por factores de carácter centralmente sociocultural, ello no niega que factores genéticos puedan tener algún rol. Veamos un ejemplo más extremo: ¿qué más cultural que las ideas políticas? Sin embargo, existe evidencia de que hay factores genéticos que están relacionados con las ideas políticas. Desde luego, ningún gen ni grupo de genes dice “sé de izquierda” (además, si lo dijeran tendrían que decir “sé de izquierda según como ello se entiende en Chile en el siglo XXI y no como se entendía en la Francia de 1789 ni como se entiende en Nueva Zelanda”. Es mucho pedir a unos pobres genes). La explicación es equivalente a la que he descrito para la obesidad: expuestos a las visiones políticas dominantes en nuestra sociedad, las personas diferimos en nuestra receptividad a estas ideas. Es perfectamente razonable que factores genéticos, operando a través de su influencia en nuestro sistema nervioso y endocrino, influyan, en algún grado, en nuestra desigual receptividad a unas u otras ideas. Por ejemplo, quizá esos factores incidan en una mayor necesidad de certeza y control, lo que puede hacer a algunos más afines a planteamientos que favorecen más el orden social.

Influencia indirecta de los genes en el comportamiento

Los genes también pueden influir en el propio ambiente en que la persona vive, y por esa vía (a través de la *mediación ambiental*), influir en el propio desarrollo y comportamiento. A esto le llamaremos influencia indirecta de los genes.

Tres formas clásicas de influencia indirecta de los genes en el comportamiento han sido descritas:

- 1) **Correlación pasiva genes-ambiente.** Cuando una persona vive con alguien con quien comparte también parte de la dotación genética (sus padres, típicamente) comparte también un ambiente común, que, al menos parcialmente, está genéticamente influido. ¿Por qué la hija de una pianista tiene muchas más probabilidades de dedicarse a la música que la hija de personas que no tienen relación con la música? Los gustos y ambientes se comparten y potencian, y en ello hay factores genéticos (la afición por la música en esos padres e hija puede tener un factor genético común). Lo mismo podría ocurrir con algunos atributos “negativos”, por ejemplo, el excesivo perfeccionismo.
- 2) **Elicitación de conductas de parte de otros.** Cómo nos relacionamos con los demás es un factor determinante de cómo los otros se relacionan con nosotros. Dado que nuestro modo de relacionarnos con otros puede tener alguna influencia genética, ello implica que nuestros genes pueden afectar nuestra conducta a través de su influencia en el modo como los demás nos tratan. Si somos hoscos con los demás, es posible que estemos más aislados y eso favorecerá experimentar más emociones negativas.
- 3) **Selección de ambientes:** Si los genes tienen que ver con la predisposición a ser más sociables, por ejemplo, buscaremos y construiremos ambientes donde existan más posibilidades de interacción. Si tendemos a buscar emociones excitantes y novedades, buscaremos ambientes de esa naturaleza. Quizá ello nos pueda exponer más a conductas de riesgo como el abuso de sustancias.

Epigenética

La forma tradicional de analizar el modo de operar de los genes ha tenido transformaciones importantes en las últimas décadas a partir del desarrollo de lo que se denomina “epigenética”. El accionar de los genes se ve modificado no solo por cambios en las secuencias de ADN, sino que por efectos de la interacción genes-ambiente. La epigenética ha cobrado fuerza sustantiva con el creciente conocimiento de los procesos de regulación génica señalados anteriormente. Lo importante a destacar aquí es que, sin que cambien los genes estructuralmente, la regulación génica, influida por la interacción genes-medio, modifica la acción de los genes y sus efectos, con consecuencias entonces, para el organismo. Todo ello implica una nueva forma de pensar la relación natura-nurtura. Por ejemplo, algunas investigaciones han mostrado efectos epigenéticos de experiencias negativas (traumas) como de experiencias positivas (la psicoterapia). Efectos epigenéticos en estos ejemplos significa que la regulación génica (la “activación” o “desactivación” de ciertos genes) se ha visto afectada por la experiencia traumática (un ejemplo de afectación negativa) o por la psicoterapia (un efecto de afectación positiva).

La investigación epigenética está desafiando un concepto tradicional de la genética: “no hay herencia de los caracteres adquiridos”. Esta frase quiere decir que los cambios “fenotípicos” que ocurren en la vida de quien luego “traspasa” sus genes a sus descendientes, no se heredan. Sin embargo, si bien efectivamente los cambios debidos a las experiencias no modifican la estructura genética sí afectan a la regulación génica y, en algunos casos, se ha observado que esas modificaciones de los patrones de regulación génica podrían heredarse. Un estudio clásico, que se ha sido interpretado como prueba de esta hipótesis, se realizó con sobrevivientes de la hambruna extrema vivida por mujeres embarazadas en los Países Bajos durante la Segunda Guerra Mundial. Se observó que las mujeres que sufrieron desnutrición durante sus primeros 3 meses de embarazo, tuvieron bebés con peso normal, pero con alto riesgo de obesidad como adultos. Una vez que estos bebés se transformaron en adultos, sus hijos también tuvieron más riesgo de obesidad, y fueron más pesados al nacer. Esto último sugiere un proceso epigenético transmitido: las experiencias del bebé en el vientre materno influyeron luego en sus hijos (Lumey, 1998). Estos descubrimientos epigenéticos tienen efectos sobre la teoría de la evolución dominante. La teoría darwinista se diferenció

de la lamarckiana, entre otros aspectos, por la ya recordada tesis de que no hay herencia de los caracteres adquiridos. Tras Darwin los genes son incorporados a la teoría de la evolución (como es sabido, Darwin no tuvo conocimiento de los mecanismos de la herencia, solo los infririó), y se estableció que los genes solo se modifican al heredarse por factores derivados de las recombinaciones meióticas y por mutaciones, esto es, por el azar. La adaptación desde el punto de vista de la teoría evolucionista se produce porque los cambios azarosos del material genético que facilitan su reproducción se van conservando a mayor velocidad (si el individuo tiene más parejas sexuales o vive más, puede reproducirse con mayor facilidad, lo que va perpetuando estos cambios). La teoría actual de la evolución está viendo la necesidad de incorporar los hallazgos de la epigenética, lo que afecta tanto a la tesis de no hay herencia de los caracteres adquiridos como a otros aspectos.

La estimación de la heredabilidad

Por todo lo que hemos dicho, es muy complejo intentar establecer cuánto de un comportamiento o problema puede atribuirse a factores genéticos o ambientales. En cierto modo, ejemplificaba Pervin (1996), eso sería como preguntarse si es el azúcar o la clara de huevo más importante para hacer merengue. Sin embargo, intentar una medida del peso diferencial de ambos factores es una inquietud que ha permanecido y que ha intentado cuantificarse a través de la estimación de lo que se ha denominado “heredabilidad”. Lamentablemente esta medida se publicita mucho y, rara vez, se entiende lo que significa y sus limitaciones. El uso de esta medida suele dar una imagen exagerada y errónea del rol de los factores genéticos en el comportamiento. Lo primero a tener claro es que la estimación de heredabilidad es a través de procedimientos estadísticos. No es una medida directa del quehacer de los genes en determinar un comportamiento. Ello requeriría el conocimiento preciso de qué hacen los genes, cómo eso afecta al cuerpo, cómo esas características corporales influyen en el comportamiento, cómo todo lo anterior interactúa con el conjunto de otros factores biológicos y ambientales implicados. No hay conocimiento tan específico de esto a la fecha para ningún patrón de comportamientos.

Los procedimientos estadísticos para estimar la heredabilidad se basan en la observación de la concordancia entre ciertos comportamientos

en personas con distintos grados de semejanza genética (por ejemplo, comparando a gemelos monocigotos y dicigotos, personas con y sin parentesco, etc.). A partir de allí, se hace una estimación de cuánto *de las diferencias en una característica entre los individuos de una población determinada* pueden ser atribuidas a los factores genéticos. Entonces la heredabilidad *no* es una medida exacta de la acción de los genes, solo responde a la pregunta: ¿cuánto de las diferencias en un comportamiento X, en esta población específica de personas, puede ser atribuida a factores genéticos? No permite estimar a qué se debe X, solo ver en qué porcentaje las diferencias en X en esta población son atribuibles a los genes.

¿Por qué esto de que la heredabilidad explica no la causa de un fenómeno, sino cuanto de su variación en población determinada puede ser atribuido a los genes, es tan importante?: porque el grado de homogeneidad que tenga esa población en términos ambientales va a determinar el grado de heredabilidad. Si la población es muy homogénea y todas las personas han sido expuestas a ambientes similares, la heredabilidad será más alta por la simple razón de que, si el ambiente varía poco, disminuyen sus posibilidades de tener poder explicativo. Un ejemplo análogo: si se estudia el efecto del tabaco en el cáncer de pulmón en una población de personas donde todos fuman una o más cajetillas diarias, se va a encontrar que el efecto del tabaco en el desarrollo de cáncer es icero! La heredabilidad del cáncer en esa población será mucho más alta que en una población donde hay fumadores y no fumadores. Si un factor explicativo no varía en una muestra, no puede mostrar efectos. Otro ejemplo: si se analiza la heredabilidad de la “inteligencia” en un grupo humano donde todas las personas han estado expuestas a ambientes ricos en estímulos, la heredabilidad será muy alta. Si, en cambio, se analiza en un grupo de personas heterogéneo, donde algunas han sido expuestas a ambientes muy ricos en estímulos y otras personas no, la heredabilidad será más baja. En ambos casos, *no* se ha podido estimar cuánto de la inteligencia se debe a los genes, solo se ha estimado cuánto de las *diferencias* en inteligencia en ese grupo puede ser atribuida a los genes *en esa población*.

Se suele escuchar que la heredabilidad de la felicidad o de la esquizofrenia es muy alta; al margen de las controversias en torno a esas estimaciones, ello no implica, de ser efectivas esas cifras, que el principal factor explicativo de la felicidad o de la esquizofrenia sean los genes necesariamente. Dejando de lado a las complejidades metodológicas de la estimación de la heredabilidad, el asunto es que una alta heredabilidad no per-

mite minimizar el rol de los factores ambientales, que incluso pueden ser los más determinantes. Volviendo al ejemplo del peso corporal: la heredabilidad del peso corporal de las personas se ha estimado en sociedades como la nuestra en valores que oscilan entre 47% y 90% (Llewellyn et al., 2013). Como es obvio el peso de cada persona depende centralmente de lo que comemos y de las energías que gastamos. Estando todos expuestos a regímenes de alimentación y de ejercicio parecidos es que se observan esos niveles tan altos de heredabilidad. Pero si queremos entender la epidemia de sobrepeso y obesidad en nuestras sociedades sería un error mirar a la genética humana. No es por cambios genéticos que haya ocurrido: la influencia de los genes en el peso no ha cambiado, lo que ha cambiado es nuestro entorno y, por ende, nuestro comportamiento.

Sistema nervioso, comportamiento y contexto

En la sección previa, analicé un aspecto de la relación biología-comportamiento, el tema natura-nurtura. Ahora ampliaré el análisis a otro ámbito, que también es particularmente controversial: la relación entre nuestro ser biológico y el comportamiento.

Obviamente, sin nuestro cuerpo, y, en particular, sin nuestro sistema neuroendocrino, no sería posible el comportamiento humano, con sus procesos mentales implicados. Nuestras vivencias dependen del quehacer corporal. Sin cuerpo no hay mente. Sin cerebro no hay mente. Pero también lo inverso es real: nuestro sistema neuroendocrino va siendo influido y modificado por nuestras experiencias, tanto a largo plazo como segundo a segundo.

¿Por qué ciertas drogas psicoactivas generan efectos en la percepción de la realidad? La respuesta es conocida: porque afectan el funcionamiento cerebral. Son sustancias que inciden en las comunicaciones neuronales (en las sinapsis) (al pasar, es interesante que el efecto de las drogas no solo depende del tipo de sustancia psicoactiva sino del contexto donde se consume, con quién, etc.). Pero ¿el funcionamiento cerebral se modifica solo con sustancias psicoactivas? ¿sucede algo en el cerebro cuando caminamos, cuando miramos una foto, cuando recordamos, cuando pensamos? ¿cuándo nos ocurre algo positivo? ¿cuándo recibimos una noticia triste? En síntesis ¿podría estar nuestro cerebro no activo cuando estamos haciendo cualquier actividad? Desde luego, la actividad

cerebral subyace a todos esos ejemplos. Otra cosa es si son posibles de precisar las especificidades sutiles de la actividad cerebral implicadas en cada experiencia que tenemos.

Si le pedimos a alguien que imagine cierto evento, incluso que asuma ciertas posturas físicas, su funcionamiento corporal (funcionamiento del cerebro incluido, desde luego), se modificará. También se modifica nuestro cuerpo (y nuestro funcionamiento cerebral) por el contexto en que estemos y, por cierto, por las experiencias que vayamos viviendo. Sin duda, experiencias recurrentes e intensas tendrán grados de efectos en el funcionamiento cerebral diferentes a experiencias transitorias. Un estudio que generó impacto en su momento fue el reconocimiento que el cerebro de los taxistas de Londres tenía ciertos patrones identificables a la imagenología (los taxistas londinenses deben rendir un complicadísimo examen para poder ser autorizados a trabajar, donde deben demostrar que han memorizado una cantidad enorme de nombres de calles) (Maguire, 2000). También, se han reconocido algunos patrones identificables en personas que han vivido experiencias traumáticas (Sherin y Nemeroff, 2011). Son estudios extraordinarios, pero ¿qué es lo que los hace extraordinarios? Sin duda, no lo es el haber observado que realizar sistemáticamente una actividad se relaciona con cambios cerebrales. Si no fuera así ¿cómo podría conservarse ese aprendizaje? Si las experiencias traumáticas no se relacionaran con cambios cerebrales ¿cómo perdurarían? Por cierto, podría ser por sus huellas mentales, pero las huellas mentales ¿podrían existir sin el cerebro? Lo extraordinario de esos estudios es que hayan podido reconocer signos de esas “huellas” en el cerebro, siendo el cerebro un órgano tan impresionantemente complejo y enmarañado. Pero más extraordinario habría sido observar que algo ocurre en nuestras experiencias y que nada ocurre en nuestro cerebro. Se ha observado que cuando nos enamoramos hay cambios en nuestro cerebro ¿cómo podría ser de otro modo?

Sin embargo, a veces se concibe al cerebro como un órgano aislado y con vida propia, y como si lo que allí pasara nos afectara en nuestras experiencias subjetivas y comportamientos sin que ello tuviera, a su vez, relación con el entrelazamiento permanente de la actividad cerebral con la vida de cada persona, su actividad y su contexto. Sucede este fenómeno con el estudio de los patrones neuroendocrinos que se ha intentado identificar como explicación de determinados problemas psicológicos. Por ejemplo, una hipótesis que recibió amplia difusión fue la hipótesis

serotoninérgica de la depresión. Aquí se relacionó un patrón de funcionamiento cerebral (déficit de un neurotransmisor en ciertos circuitos cerebrales) con un patrón de dificultades (el trastorno depresivo). Así, la disminución de los niveles de serotonina en el sistema nervioso o en puntos claves, como el sistema límbico, fue planteada como responsable de la depresión. La hipótesis serotoninérgica de la depresión, descrita hace décadas e intensa y extensamente estudiada, nunca logró respaldo empírico sólido, pese a lo cual permanece en el imaginario dada la amplia difusión que tuvo. Podríamos decir de ella que era “demasiado simple para que fuera verdadera”. Pero, imaginemos por un momento que fuera efectiva la asociación entre déficit de serotonina en áreas del cerebro y depresión ¿sería una explicación de la depresión? Es una mera correlación (dos variables asociadas). Como es ampliamente sabido, una correlación entre dos variables no puede pensarse como una explicación causal. A puede causar B o B puede causar A; A y B pueden no tener nada que ver entre sí, solo se asocian entre sí porque hay una tercera variable en común. Cuando hace frío en Argentina nos abrigamos en Chile. Están correlacionadas estas variables. La relación causal entre ellas es ninguna. Todo se debe a que en Argentina y en Chile los días fríos son en la misma época del año ¿La depresión causa la baja de serotonina? ¿La baja de serotonina causa la depresión? ¿Ambas son diferentes dimensiones de un mismo fenómeno? ¿La baja de serotonina y la depresión se pueden deber a alguna experiencia que genere ambos fenómenos? Si fuera cierta la hipótesis serotoninérgica de la depresión, la baja de serotonina sería un *correlato* de la depresión, pero seguiría pendiente establecer las relaciones causales.

Uno de los principales argumentos en que se ha sostenido esta hipótesis es que la “inhibición de la recaptación de la serotonina” a través de fármacos ha mostrado tener “efectos antidepresivos” (no siempre tan claros; ha sido gigantesco el esfuerzo para demostrar que estos fármacos son más eficaces que placebos, y no han demostrado una clara superioridad sobre estos últimos —ni sobre la psicoterapia—). Estos fármacos, como los denominados *inhibidores específicos de la recaptación de la serotonina IRSS* (la fluoxetina es el IRSS que alcanzó más fama, siendo popularizado como la “píldora de la felicidad”), tienen modos de acción relacionados con el aumento de la concentración de la serotonina en el espacio sináptico (por ejemplo, inhibiendo su recaptación por la neuro-

na presináptica), y a ello se atribuye su efecto sobre el estado de ánimo. Imaginando que el efecto antidepressivo de los IRRS es real ¿sería una demostración de la teoría serotoninérgica de la depresión? Si a alguien le duele la musculatura y toma un ibuprofeno y se le disminuye el dolor ¿se ha probado que su dolor de la musculatura era por falta de ibuprofeno? Y si toma paracetamol y también disminuye ¿era por falta de cualquiera de los dos? Es bien evidente que la solución de un problema no es una indicación directa de cuál es su causa. Sin embargo, en el entusiasmo (y en el interés comercial), estas debilidades conceptuales y metodológicas de los estudios a favor de teorías como la de la hipótesis serotoninérgica no fueron suficientemente consideradas.

Sin embargo, todo lo dicho no quiere decir que lo que ocurre en el cerebro no tenga que ver con la experiencia depresiva ¿Podría alguien estar deprimido y que nada esté ocurriendo en su cerebro? Sería imposible ¿Podría alguien recibir una noticia feliz y que nada ocurra en su cerebro? Tampoco. Otra cosa es si es posible identificar cuáles son los cambios exactos que ocurren y cómo se relacionan con la diversidad de formas de experiencias que podemos tener los seres humanos.

Todo lo dicho pone en cuestión mirar solo hacia lo que está pasando en el cerebro cuando un ser humano experimenta algo. Si miramos el cerebro de un ser humano al que un perro le ladra veremos un perfil de activación, y podríamos pensar que la experiencia de miedo está relacionada con ese perfil de activación, pero sería un error notorio que nos olvidáramos de que todo ello tiene relación con la presencia de un perro amenazante. El perro es la metáfora del olvido del contexto, presente y pasado, de las circunstancias de vida y de la historia biográfica, en que se puede caer cuando la mirada biológica, que aporta apasionantes descubrimientos, se transforma en biologismo. Un determinado neurotransmisor más alto o más bajo no se explica por sí mismo. Otra cosa es que modificar los niveles de neurotransmisores tiene consecuencias.

¿Y cómo se pueden modificar los niveles de neurotransmisores y la comunicación interneuronal? De muchas maneras. De hecho, en nuestro estar y actuar en el mundo se van modificando permanentemente. Nuestro comportamiento modifica nuestro cerebro. Lo que hacemos, el ambiente en que estamos, las cosas que nos pasan, suponen un cerebro activo en permanente modificación funcional (y, más lentamente, estructural). Claro, hay vías directas para modificar los circuitos de comunica-

ción cerebral: las drogas psicoactivas, incluyendo en ellas a los fármacos psicotrópicos, los modifican. Pero no solo ellos. El funcionamiento cerebral está variando a cada momento según lo que hacemos y lo que nos está ocurriendo.

Una persona puede estar deprimida porque ha tenido una experiencia dolorosa o porque tiene una alteración hormonal. En ambos casos, su cerebro será afectado. Una depresión con una causa psicológica (una pérdida, por ejemplo) implica cambios cerebrales al igual que una con una causa biológica. El estado de ánimo de una persona deprimida puede modificarse por cambios contextuales, por acciones que la propia persona va realizando que le ayudan a tener nuevas experiencias y, también, por medios farmacológicos.

En síntesis, todo comportamiento (y todo proceso mental) supone un proceso biológico subyacente, lo que no significa que este sea su causa. Tiene sentido hablar de causas biológicas solo cuando las modificaciones biológicas del funcionamiento neuroendocrino asociadas a un problema psicológico se han generado en forma independiente de las experiencias que ha vivido la persona (o se han independizado de ellas en algún grado). Ello explica que los enfoques biólogos de la psicopatología se centren tanto en la genética, buscando en ella una explicación independiente al propio comportamiento de la persona y a las circunstancias de su vida que sea responsable de esas modificaciones.

Nada de lo que se ha señalado niega que la biología tiene un rol en la existencia de problemas psicológicos, que en algunos casos este rol tiene un cierto valor causal, e, incluso, que este rol causal puede ser el fundamental en determinado tipo de problemas o en ciertas circunstancias. Por cierto, los procesos cerebrales no son enteramente maleables. Efectivamente se pueden “independizar”, en cierto modo, de las experiencias que vamos teniendo: existen “cambios” en el funcionamiento cerebral que dejan de ser sensibles al medio y al comportamiento de las personas (“cambios estructurales”). Lo que se denominan daño orgánico o daño neurológico son formas visibles de cambios estructurales. La neurociencia ha mostrado la maravilla de la plasticidad cerebral, más conocida en su operar en las últimas décadas, pero claramente ha mostrado también que el cerebro no es enteramente maleable y que la plasticidad tiene límites. Sin embargo, he tratado de enfatizar la otra cara de estos procesos, ya que el biologismo reinante los subestima. He querido mostrar que el cerebro no actúa en el vacío y que no es el demiurgo solitario que crea

lo que nos pasa y lo que somos. El cerebro, el cuerpo, es la condición de posibilidad de nuestro estar en el mundo, y todo lo que a él le suceda nos influye. Pero lo que ocurre en ese cuerpo y cerebro, a su vez, está dependiendo de lo que hacemos y del mundo que configuramos al vivir, al actuar, en dependencia con nuestras circunstancias.

El problema mente-cuerpo/mente-cerebro

En la sección anterior traté de dar pistas de cómo pensar la relación cerebro, comportamiento, experiencias, problemas psicológicos. Una dimensión crucial de ese tema, que lo cruza, es cómo pensar exactamente la relación mente-cuerpo, mente-cerebro (para no ser reiterativos, vamos a hablar del “problema mente-cuerpo”, que es una forma más amplia, y, probablemente más exacta, de hablar del problema “mente-cerebro”; en ocasiones diremos, sin embargo, “mente-cerebro”, dependiendo del contexto, pues es más directo).

Es inevitable hablar de la concepción de Descartes al respecto. Voy a partir por adelantar la conclusión: contemporáneamente la tesis de la relación entre mente-cuerpo planteada por Descartes, el famoso “dualismo cartesiano”, es considerada inaceptable científicamente. En efecto, es un mal planteamiento (mirado, por supuesto, desde lo que sabemos hoy). Sin embargo, hasta ahora no hemos encontrado una forma satisfactoria de superar el dualismo cartesiano. Nuestra cultura, nosotros mismos, somos casi inevitablemente dualistas. Aunque lo consideremos erróneo, y pensemos que hacemos uso solo metafórica de él, el dualismo se nos impone sin que nos demos cuenta y, con frecuencia, más allá de lo solo metafórico.

Para evitar los errores del dualismo, se ha propuesto una perspectiva materialista “monista”, que ha tenido amplia acogida en el mundo científico. El materialismo monista como solución al dualismo, sin embargo, paradójicamente, puede ser como “caer del sartén a las brasas” (Pérez, 2011).

Lamento anticipar que en este libro demostraré, creo, los errores del dualismo y del monismo materialista, pero no podré proponer una solución al problema mente-cuerpo, sino solo algunas pistas de por dónde podría ir; más diré de por dónde probablemente no va la solución que de por dónde va. La filosofía de la mente, que es la disciplina que más

ampliamente intenta resolver este problema, es un campo bullente y apasionante de la filosofía contemporánea, pero aún no logra encontrar una respuesta convincente.

¿Qué es el dualismo cartesiano? Corresponde a la idea que la mente y el cuerpo son “sustancias” distintas, que en algún punto se articulan (en la glándula pineal, pensó Descartes), pero que tienen modos de existencia independientes. No es tan extraño llegar a estos planteamientos: el cuerpo y la mente parecieran ser ontológicamente distintos. El cuerpo compuesto de moléculas y extendido en el espacio, material; la mente, un intangible con una forma de existencia inmaterial. Una solución comprensible pero insostenible: el cuerpo y la mente no son independientes. No hay mente incorpórea, inmaterial, independiente del cuerpo. No hay “sustancia” mental, por tanto.

La idea de mente incorpórea actualmente casi nadie la sostiene científicamente, pero aparece implícita en la socorrida idea de la interacción mente-cuerpo: si hay interacción mente-cuerpo, entonces la mente y el cuerpo son fenómenos independientes entre sí. Este dualismo implícito es la forma de concepción de la relación mente-cuerpo que domina en nuestra cultura. Frases como “la mente domina al cuerpo”, “eso es solo psicológico” están impregnadas de este dualismo. No es un problema mayor usar este tipo de frases, pues es difícil hablar de otra manera. Lo que sí es un problema es no darse cuenta que estamos hablando de forma metafórica y de que no existe una mente inmaterial (en el sentido de estar separada de la materia). Por ejemplo, si tenemos un dolor de espalda que es considerado “psicógeno” eso no significa que ese dolor no tenga nada que ver con nuestro cerebro. Significa que en la espalda no existe ningún problema corporal que pueda explicar ese dolor y que la experiencia de dolor se está generando por otros factores. Pero, si hay experiencia de dolor, algo está ocurriendo en la persona y, por tanto, en su cerebro. No hay experiencia de dolor sin cerebro. No hay un ente inmaterial que esté sufriendo.

Dado que la mente no es algo separado del cuerpo, contemporáneamente se ha impuesto una perspectiva monista-materialista: no habría dos “sustancias” (la mente y el cuerpo), sino que una sola (la materia). Este materialismo parece sensato, pero, en la práctica, lleva a que la mente desaparezca. Por eso señalaba anteriormente que la solución monista al dualismo era como caer del sartén a las brasas. Los autores materialis-

tas no pretenden negar la existencia de la mente, de la subjetividad, de la conciencia (¡aunque algunos sí!), pero terminan haciéndolo al plantear que la mente, la subjetividad, la conciencia, no son más que la actividad del cerebro. Pero la verdad es que analizando la actividad cerebral no encontramos a la subjetividad, a la conciencia, a los procesos mentales. Ni siquiera técnicas de imagenología avanzadas nos permiten ver en una resonancia magnética un pensamiento, un sentimiento de desesperación, la sensación de un plato de comida de nuestra niñez: la mente no es el cerebro ni es la actividad cerebral. Para evitar esto, algunos autores materialistas plantean que la mente no es el cerebro ni la actividad cerebral, sino que es el *resultado* de la actividad cerebral. Esto ya es más plausible, sin embargo, tiene el riesgo de reducir los procesos mentales y subjetivos a ser solo “epifenómenos”, esto es, resultados secundarios del quehacer cerebral sin poder causal ni explicativo. La verdadera explicación de los procesos psicológicos sigue estando a nivel cerebral en esta perspectiva. Los epifenomenalistas más extremos dicen que los procesos mentales y subjetivos son “ilusiones”, algo que parece que está ahí pero no está, solo están las neuronas y su quehacer. Desde una perspectiva “epifenomenalista” es el cerebro (la actividad cerebral, para ser precisos) de cada uno de nosotros quien decide, piensa, ama, actúa y tiene “problemas psicológicos”.

La forma más dominante de concebir la relación mente-cuerpo en la actualidad es el materialismo funcionalista, que utiliza como analogía la relación hardware-software para entender la relación mente cerebro. Lo interesante de esta analogía es que permite pensar la mente (o el software) como un nivel de la realidad que, si bien depende de la existencia del otro (el cerebro, el hardware), no se reduce a él ni se explica por sus propiedades físicas: el software es un conjunto de procesos, de instrucciones, no es un fenómeno material en sí mismo, y no es solo el encendido y apagado de los chips. Esta analogía está a la base de muchos de los enfoques cognitivos actuales. Si bien es interesante, la analogía puede transformarse en una camisa de fuerza si se ignora que: 1) los procesos mentales incluyen la conciencia, la construcción de significados, la emocionalidad; los software son organizaciones de flujos de “información digital” y carecen de conciencia, de capacidad de significar y de emocionalidad 2) no está demostrado que ni siquiera los procesos mentales “cognitivos profundos” (por ejemplo, empleo de las reglas gramaticales

al hablar) sean asimilables a los procedimientos algorítmicos implicados por los software 3) la relación hardware-software no es la de la mente con el cuerpo: el software no modifica de forma tan radical al hardware como el comportamiento humano va modelando, de alguna manera, a la organización y funcionamiento del cerebro.

Un autor de referencia en el campo del tema de la relación mente-cuerpo, John Searle (2004) ha sofisticado la argumentación materialista tradicional. Este autor defiende cuatro tesis que, a su juicio, no son contradictorias, aunque se tienda a pensar que lo son. Ha planteado que:

- 1) La mente existe, no es una ilusión ni es un epifenómeno. Es fundamental para entender al ser humano.
- 2) La mente es causada en su totalidad por procesos neurobiológicos con sede en el cerebro.
- 3) La mente se realiza en el cerebro, como característica del sistema cerebral, en un nivel superior a las neuronas y sinapsis.
- 4) Los estados mentales tienen poderes causales, no son epifenómenos.

La actividad mental, en esta concepción, es el resultado de la actividad cerebral pero no es igual a esta y tiene poder causal porque es un “nivel de explicación” ontológicamente real (“hay actividad mental, hay conciencia, hay experiencia subjetiva”) y útil para explicar el comportamiento. Ontológicamente real implica que no es como un arcoíris: el arcoíris parece estar allí, pero no está, es una ilusión, no es “ontológicamente real”. Para entender la idea de nivel y su utilidad, usaremos la analogía que propone este autor: la solidez de los objetos es un nivel más alto de explicación que el nivel molecular y es un nivel útil para entender por qué una mesa puede sostener un libro. La solidez es causada por la acción de las moléculas, pero no por ello deja de ser ontológicamente real y no por ello deja de tener poderes causales. Para explicar el dolor que nos causa chocar con una mesa no es indispensable aludir a las moléculas. La solidez de la mesa es suficiente explicación. La propuesta de Searle ha generado interés, pero no ha concluido en absoluto el debate respecto del problema mente-cuerpo. No se ve claro en esta propuesta cómo la mente, y su sustrato, es configurada relacional, social y culturalmente.

El científico chileno Humberto Maturana ha propuesto otra forma de

ver el problema mente-cuerpo (2001). Señala que la mente no estaría en el cerebro: mente y cerebro serían procesos disjuntos. Para ilustrar esto hace una analogía. El motor de un auto y la velocidad no interactúan entre sí; la velocidad depende de la acción del motor, pero se da en otro plano de la realidad, en la relación del auto con el espacio, la velocidad no está dentro del motor. Así, el cerebro sería pensable como el análogo al motor y la velocidad como el análogo a la mente. La tesis de Maturana es muy interesante pero también tiene el riesgo de que la mente se vea solo como epifenómeno del funcionamiento cerebral, sin que ella a su vez pueda modificar el funcionamiento corporal.

Permanece como un desafío para la filosofía de la mente tratar de lograr la mejor solución al problema mente-cuerpo. En la compleja búsqueda de una respuesta, pienso que se deben evitar los siguientes errores:

- 1) Proponer una “mente incorpórea”, al margen del cuerpo.
- 2) Hablar de interacción mente-cuerpo, porque eso es dualismo disfrazado.
- 3) Negar la existencia de procesos mentales, de procesos subjetivos y de conciencia.
- 4) Transformar a los procesos mentales, subjetivos y a la conciencia en meros epifenómenos.
- 5) Ignorar los determinantes relacionales, sociales y culturales de aquello que denominamos mente.

X.
¿CÓMO EXPLICARNOS LOS PROBLEMAS
DE SALUD MENTAL?



DADA LA AMPLITUD del término, no resulta fácil saber de qué estamos hablando cuando hablamos de problemas de salud mental. Obviamente, si no sabemos bien de qué estamos hablando, más enrevesado es cualquier intento de explicación de sus causas. Aunque las dificultades son todavía mayores: intentar comprender las causas de los problemas de salud mental es tratar de entender las causas del comportamiento humano en general, por más que el foco sea aparentemente más delimitado. Eso significa que toda la psicología y ciencias relacionadas son indispensables. En este capítulo me limitaré a dar algunas pistas acerca de elementos relevantes a considerar al intentar explicarse por qué se dan los problemas de salud mental. La atención estará más centrada en aquellas experiencias de malestar psicológico más comunes: el temor, la angustia, la ansiedad, la desesperanza, la irritación, la incomodidad, el desánimo, el cansancio, la anhedonia, los malestares “psicosomáticos”. Estas experiencias las experimentamos todas las personas y están presentes en la mayoría de los problemas de salud mental. Por ejemplo, una persona que presenta una “anorexia nerviosa” o una “psicosis” no deja de experimentar todos estos malestares emocionales comunes, además de los que son propios de la “anorexia” o “psicosis”.

En ciertos casos, algunos de estos malestares comunes se vuelven “figura”, esto es, se hacen los más dominantes o notorios. Así, por ejemplo, en el llamado “*trastorno de pánico o angustia*”, la hiperactivación fisiológica, la ansiedad y, en particular, las crisis de angustia, son un aspecto dominante del problema (tan dominante, que se le etiqueta con una

categoría diagnóstica específica), y en los “trastornos depresivos”, lo son el desánimo, la desesperanza, la anhedonia, el cansancio. Para ser más claro, si a alguien se le diagnostica “trastorno depresivo” es porque algunos de estos “síntomas” son suficientemente intensos y dominadores de la experiencia de la persona, y se considera que coinciden con la caracterización de lo que es un trastorno depresivo. La depresión es “figura” en este ejemplo.

En la figura 2 se puede ver el modelo tripartito de la salud mental descrito por Clark y Watson (1991), que intenta explicar la relación de experiencias emocionales negativas con la depresión y ansiedad. Estos autores señalan que habría ciertas experiencias que serían comunes a diversas formas de malestar emocional (las que ellos llaman “afectos negativos” y que tendrían a la base como emoción compleja el sentimiento de indefensión). Por tanto, altos afectos negativos estarían presentes en diversas dificultades psicológicas y emocionales, y, en algunos casos, serían estos afectos “inespecíficos” los dominantes. Sería lo propio del *trastorno mixto ansioso-depresivo**.

En otros casos, el alto afecto negativo se daría junto con un bajo afecto positivo, y ello sería más propio de la depresión (así, en la depresión habría altos afectos negativos, bajos afectos positivos y sería la desesperanza la emoción compleja dominante). En algunos trastornos ansiosos como los “trastornos de pánico”, además de altos afectos negativos, la hiperactivación fisiológica sería fuerte y la emoción compleja a la base sería la incertidumbre (si está presente tanto un alto afecto negativo, un bajo afecto positivo e hiperactivación fisiológica la persona presentaría a la vez un “trastorno depresivo” y un “trastorno ansioso”, y habría “comorbilidad”).

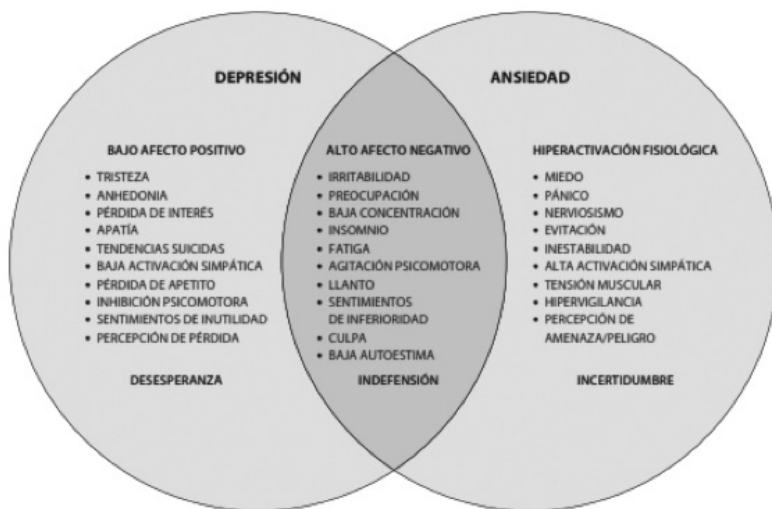


Figura 2. Modelo tripartito de la ansiedad y depresión de Watson y Clark. Tomada con permiso de Sandín, B. y Chorot, P. (2020). Psicopatología de la ansiedad y trastornos de ansiedad. Hacia un enfoque transdiagnóstico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de Psicopatología*. Vol II (p. 14). Mc. Graw-Hill.

Cabe una nota escéptica. Las categorías diagnósticas de los malestares emocionales comunes en los seres humanos cambian de década en década. En las últimas décadas la tendencia ha sido identificar trastornos depresivos ¿Será que se han vuelto “figura” las experiencias depresivas o que son ellas las que se están buscando con lupa? ¿Será que las personas han aprendido a experimentar su malestar de “modos depresivos” y a tener ese tipo de “quejas”? Esto, que parece tan extraño, no lo es tanto. La “histeria” era un diagnóstico frecuente de malestar emocional en las mujeres a fines del siglo XIX y ahora no lo es. Se descubrieron algunos fármacos que supuestamente actuaban sobre ciertos síntomas específicos (por ejemplo, los de las “crisis de pánico”) y hubo un aumento acelerado de diagnóstico de este tipo de crisis. Estos ejemplos aluden a cambios en las prácticas diagnósticas, pero, también, en las formas en que las personas reconocen y expresan sus malestares. Por supuesto, estos cambios no son resultados de procesos deliberados y conscientes, pero ocurren. Esto implica que las formas en que experimentamos nuestras dificultades y las expresamos, así como las formas en que son reconocidas y “nombradas”, están *configuradas* por las prácticas socioculturales

y por las prácticas clínicas. Por ello, toda explicación de los problemas de salud mental que no preste consideración a las prácticas socioculturales y clínicas donde emergen estos problemas (y donde son reconocidos como tales) es incompleta.

Una forma sencilla de responder a la pregunta que da nombre a este capítulo es señalar que ellos se explican por factores biológicos, psicológicos y sociales. Una perspectiva biopsicosocial es, así, inexcusable (entendiendo lo cultural como parte de lo social). Frente a las tentaciones reduccionistas, una perspectiva biopsicosocial es un recordatorio de la importancia de considerar estos tres tipos de factores para comprender el comportamiento humano. Sin embargo, ya se ha comentado cómo la perspectiva biopsicosocial termina muchas veces siendo BIOPsicosocial. Y también hemos dicho que una perspectiva biopsicosocial es solo un paso inicial y muy general: deja abierto el desafío de entender de manera coherente cómo se entrelazan los distintos factores. O sea, no hay que sobredimensionar el valor de esta declaración.

Los factores determinantes de los problemas de salud mental pueden ser organizados en un esquema que reconozca distintos niveles interdependientes de influencia de ellos, desde aquellos macrosociales a aquellos microsociales e individuales. Es lo que hace el clásico modelo de Urie Bronfenbrenner. Como es sabido, este autor propuso lo que llamó “modelo ecológico” (posteriormente, bioecológico) para entender los determinantes del desarrollo humano. Aun cuando el modelo de este autor tiene una gran sofisticación, la que ha crecido con los años, solo recordaremos su clásica distinción de interrelación de los fenómenos en diferentes niveles de inclusividad (desde lo individual a lo macrosistémico, pasando por estructuras y procesos micro, meso y exosistémicos) (Bronfenbrenner, 1987; Bronfenbrenner y Morris, 2015). Modelos ecológicos como este, que van progresivamente desde niveles más amplios y “lejanos” a niveles más inmediatos y “proximales” al comportamiento individual, son útiles para pensar muy diversos fenómenos humanos: la violencia en las relaciones de pareja, el maltrato infantil, el abandono escolar, etc. De hecho, solo con ponerse a pensar en un fenómeno es posible imaginar un modelo ecológico explicativo de él. Por supuesto, no solo se trata de distinguir niveles, lo que tiene un propósito más bien pedagógico y descriptivo, sino de entender en forma acabada cómo se interrelacionan los factores que se incluyen en ellos; sin embargo, ya el uso de estos niveles ayuda a pensar de modo amplio. Organizaré la exposición que

sigue valiéndome de un modelo ecológico muy simple (biosicosocial, por cierto). El modelo tendrá tres niveles para organizar los distintos factores y procesos relacionados con los problemas de salud mental: un nivel individual, un nivel mesosocial y uno macrosocial.

1) Nivel individual

Podemos considerar a las formas de percibir, pensar, sentir y actuar de cada persona, siempre contextuales (el contexto presente inmediato en que está cada persona como el integrado en su historia de vida), como determinantes individuales de los problemas de salud mental.

Una persona es una biografía, no es separable de ella, y esa biografía es un tramado singular de experiencias vividas. La persona es también inseparable de su biología, la que a su vez es dependiente de la biografía, del contexto, y del propio actuar de la persona. Mirando desde fuera a la persona, se puede ver en ella un modo particular de percibir, pensar, sentir y actuar, una “manera de ser”, “una personalidad”. Naturalmente, todos los comportamientos de una persona están teñidos por esta manera de ser, incluyendo, por supuesto, si presenta dificultades en sus relaciones con otros, el modo como reacciona a situaciones difíciles, etc. La relación entre personalidad y problemas de salud mental se analizará en detalle en el siguiente capítulo.

2) Nivel mesocial

Cada persona vive en un entorno que la configura. Un entorno que es, fundamentalmente, una matriz de relaciones con otros. Esta matriz incluye centralmente los lazos familiares y sociales, a lo largo de la historia de vida, las relaciones con otros en diferentes contextos (personales, escolares, laborales, sociales, etc.). Las instituciones sociales donde se participa y con las que se interactúa son también componentes relevantes de este nivel (el medio escolar, laboral, las instituciones que prestan servicios, como salud). Este entorno de vida tiene dimensiones espaciales (la vivienda, el barrio, la ciudad o pueblo donde se vive), pero también intangibles, más aún en esta era de medios masivos de comunicación, como Internet y redes sociales.

En este entorno en que se hace la vida van ocurriendo los aprendizajes y experiencias que configuran la biografía de cada persona. Expe-

riencias que por su intensidad y/o cronicidad dejan huellas vitales dolorosas (“experiencias traumáticas”) son de particular relevancia en para entender los problemas de salud mental, pero no solo ellas sino todos los aprendizajes que la persona va teniendo a lo largo de su trayectoria vital.

3) Nivel macrosocial

Los niveles individual y mesosocial están determinado por el contexto sociocultural más amplio: el modo de organización social, el sistema económico y social, los valores culturales dominantes, los recursos disponibles y su modo de distribución (desigualdades sociales y pobreza, entre otros elementos claves), los clivajes de género, étnicos, el sistema político, los desarrollos tecnológicos, etc. El análisis de este nivel requiere atención a que se trata de contextos socioculturales en continua transformación histórica.

Así como lo más valioso de tener un modelo bio-psico-social es que nos obliga a pensar considerando estos tres factores, lo más importante de un modelo ecológico es que nos obliga a pensar considerando factores y procesos de distinto nivel de inclusividad, y eso ya es en sí mismo muy útil a la hora de pensar cómo explicar los problemas de salud mental. De pronto es confuso establecer a qué nivel pertenece un factor o proceso determinado, pero no es eso lo más relevante. Lo importante es el modo de análisis que esto permite.

En este modelo ecológico simple se puede organizar el amplio abanico de factores de riesgo y de protección que se han identificado en relación a los problemas de salud mental. En la tabla presentada más adelante (página 120) se hace esto. Antes de analizar la tabla, precisaré qué es un factor de riesgo y un factor de protección, conceptos de amplio uso, pero, con frecuencia, mal comprendidos. Un factor de riesgo es un factor que está asociado a una probabilidad incrementada de una determinada consecuencia (riesgo significa probabilidad). O sea, si el factor está presente, esa consecuencia es más probable que si no está. Habitualmente cuando hablamos de factor de riesgo estamos pensando en el incremento de la probabilidad de una consecuencia negativa. Por ejemplo, fumar es un factor de riesgo porque está asociado a una probabilidad incrementada de tener enfisema, bronquitis crónica y cáncer de pulmón. La probabilidad de presentar alguna de estas condiciones en personas que fuman

está incrementada respecto de las que no fuman. Es importante atender a dos consideraciones:

1) *Un factor de riesgo no es necesariamente causal*, la causalidad es otro tema, implica explicar por qué se incrementa la probabilidad de una consecuencia. Un factor de riesgo solamente es un factor que está asociado en forma estadística (probabilística) a otro, pero no necesariamente es causal. Ser mujer es un factor de riesgo de depresión. Eso significa que, respecto de los hombres, es más probable que las mujeres presenten una condición a la que se pueda calificar de “depresión”. Es evidente que ser mujer no es una causa de la depresión. El tabaco sí tiene una relación causal con el cáncer de pulmón, pero no siempre ocurre que los factores de riesgo sean causales. Habitualmente entre un factor y su consecuencia hay muchos factores y procesos intermedios (que no siempre conocemos). Veamos un ejemplo: es claro que la pobreza es un factor de riesgo de muchos problemas de salud mental. Eso significa que la probabilidad de observar problemas de salud mental en personas que viven en condición de pobreza es más alta en comparación con personas que no viven en esa condición. Pero entender qué explica esa relación es mucho más complejo que solo identificar esta asociación estadística.

2) *No confundir probabilidad incrementada con alta probabilidad*. Haber vivido experiencia de maltrato físico crónico en la niñez es un factor de riesgo de ser una madre o padre que ejerce maltrato hacia sus hijos o hijas. Ello no significa que sea lo más probable que una persona que vivió maltrato sea maltratadora. Solo significa que es más probable que lo sea si vivió maltrato que si no, pero lo más probable es que no sea maltratador, aunque haya vivido maltrato. La historia que suelen contar las personas que fuman de que algún pariente fumaba tres cajetillas y que no murió de cáncer de pulmón es una historia probablemente real. Algunos estudios indican que la probabilidad de cáncer de pulmón aumenta 30 veces, aproximadamente, en fumadores respecto a no fumadores. O sea, un aumento espectacular, ¿quiere decir que quienes fuman vayan a padecer necesariamente cáncer de pulmón? No quiere decir eso, ni siquiera quiere decir que sea lo más probable (desde

luego iello no es una invitación a fumar! El cigarrillo es un factor de riesgo severo, no solo de cáncer de pulmón, sino que de muchas otras condiciones). Para entender por qué esto es así hagamos una simulación matemática. Pensemos en un fenómeno ocurre un 1% cuando no está presente el factor X (un 1% es una probabilidad importante, aunque parezca pequeña). Si la presencia de un factor X se asocia a un incremento de la probabilidad de ese fenómeno en 4 veces, significa que su probabilidad, cuando esté el factor X presente, es de un 4.0%. Un factor que cuadruplica la probabilidad de algo es un poderoso factor de riesgo y un 4% de probabilidad de algo es para preocuparse mucho, pero es importante no olvidar que hay un 96% de probabilidades que esa consecuencia no ocurra cuando ese factor está presente. Pensemos ahora en un fenómeno muy frecuente, que afecta al 10% de quienes no están expuestos a un factor y que este factor incrementa por 4 el riesgo de presentar ese fenómeno. El riesgo sería de un 40% para quienes estén expuestos a ese factor! Altísimo. Aun así, lo más probable es que la consecuencia no ocurra: hay un 60% de probabilidades de que no ocurra.

Por otro lado, ¿qué es un factor de protección? Es un factor que está asociado con la disminución de la probabilidad de una determinada consecuencia negativa. Sin embargo, esta forma de definirlo es un poco pobre, pues entonces muchos factores de protección no serían más que el inverso de un factor de riesgo: no fumar sería un factor de protección en relación a fumar. De hecho, efectivamente muchos factores de protección son el inverso de uno de riesgo: no contar con una figura de afecto estable en la niñez es un factor de riesgo de muchos problemas de salud mental; contar con una figura de afecto estable es un factor de protección en relación a muchos problemas de salud mental. Por ello, para darle un valor más sustantivo al concepto de factor de protección se ha planteado que deben ser considerados factores de protección solo aquellos que se asocian a una disminución de la probabilidad de una consecuencia negativa *en personas expuestas a un factor de riesgo*: por ejemplo, un ambiente escolar estimulante y acogedor para niños/as que no han tenido una figura de afecto estable sería un factor de protección. Por tanto, la existencia de una adversidad o riesgo sería un requisito para hablar de que algún factor está asociado a una menor probabilidad de una con-

secuencia negativa en personas expuestas a esa condición. Desde esta definición más precisa, tener apoyo social es un factor de protección si, y solo si, podemos mostrar que, en personas expuestas a una condición de riesgo (por ejemplo, personas que han finalizado recientemente una relación de pareja duradera), disminuye la probabilidad de presentar un problema psicológico respecto. No siempre se es tan preciso en el uso del concepto de factor de protección, pero es deseable conocer esta definición más rigurosa y distinguirla del uso más laxo del concepto, donde solo se le considera como un factor que se asocia a la disminución de la probabilidad de una determinada consecuencia.

Analícemos ahora sí la tabla de factores de riesgo. Salta a la vista que la forma como asigné los factores a cada nivel es bien discutible. Por ejemplo, las experiencias traumáticas están puestas en el nivel individual, pero son resultado de situaciones vividas en el entorno y podrían ser consideradas en el nivel mesosocial. También se plantean en el nivel individual características como las representaciones negativas de sí mismo, o de otros, que las personas conforman como resultado de experiencias en el medio. La pobreza es puesta como un factor macrosocial, pero se expresa a nivel intermedio. No nos detengamos en esto, que es secundario: depende desde dónde se esté mirando cada factor si puede ser clasificado en un nivel u otro. Lo importante es que esta tabla nos da cuenta de la diversidad de factores que se relacionan con la presencia de problemas de salud mental y de los distintos planos en que se encuentran esos factores. Recuerden que este es un listado general, no exhaustivo, que solo pretende servir como aproximación inicial al tema.

No he incluido el sexo/género en el listado de la tabla pues la forma como se relaciona el sexo/género con la presencia de problemas de salud mental no es simple. Por ejemplo, centrándonos en las diferencias entre mujeres y hombres, ser mujer es un factor de riesgo de problemas de salud mental ligados al ámbito emocional (en lenguaje DSM esto significa que las mujeres presentan más trastornos depresivos y más trastornos ansiosos que los hombres). Pero hay otros problemas de salud mental donde ser hombre es un factor de riesgo (por ejemplo, abuso y dependencia de sustancias, comportamientos antisociales). Hay otros donde no hay diferencias entre hombres y mujeres o son poco importantes (como problemas de salud mental del ámbito de las psicosis). La relación entre sexo/género y problemas de salud mental es, en consecuencia, muy relevante, pero compleja y requiere un análisis detenido (por cierto, la

relación sexo/género y salud mental no solo abarca las diferencias entre hombres y mujeres cisgénero).

La presencia de cada uno de estos factores mencionados en la tabla está asociada a un incremento de la probabilidad de presencia de problemas de salud mental, por ello se le consideran factores de riesgo. Pero una explicación no es solo una asociación estadística, hay que entender cómo actúan, si son causales o no y a través de qué medios producen esas consecuencias. Pensar en el accionar de los factores de riesgo obliga a considerar que los factores no actúan en forma aislada, sino que se interrelacionan (por ejemplo, es más frecuente que personas que viven en condiciones de pobreza experimenten más eventos vitales estresantes). Los factores se pueden potenciar entre sí; su acción, a su vez, depende de la interacción con factores protectores, entre otros.

Un análisis global y general de los factores descritos permite descubrir que muchos de ellos tienen en común que están relacionados con tener una vida más difícil, más adversa. Algunos factores se refieren a adversidades intensas y habitualmente extendidas en el tiempo (por ejemplo, las experiencias traumáticas, que rara vez son eventos únicos aislados, sino más bien situaciones persistentes que se repiten). Algunos de estos factores están relacionados con la historia de las personas, con su infancia temprana y niñez; otros se refieren a experiencias cotidianas presentes, como vivir situaciones estresantes (problemas en las relaciones con otros, problemas económicos); otros tienen que ver con carecer de fuentes de gratificación y apoyo centrales en la vida (pocas redes sociales y bajo soporte social). Aparte de implicar adversidades, los factores también aluden a carencias de recursos personales, sociales y materiales de las personas para enfrentar situaciones y reaccionar a ellas. También se reconocen vulnerabilidades y predisposiciones de base biológica. Las investigaciones de factores de riesgo están demostrando en décadas recientes que la historia y circunstancias de vida no solo son relevantes para entender los problemas de salud mental más habituales (depresiones, ansiedad, abusos de sustancias, problemas conductuales y de control de impulsos) sino también problemas a los que ha sido atribuírsele una determinación más biológica como, por ejemplo, aquellos del campo de las “psicosis” (Read y Sanders, 2010).

El enfoque de factores de riesgo y de protección es muy útil, pero tiene limitaciones importantes. Una de ellas es que es un enfoque estático, centrado en asociaciones estadísticas, pero que no explica cómo los fac-

tores generan esas mayores o menores probabilidades de consecuencias, no logra explicar los procesos que llevan a que se gesten los problemas de salud mental. Puede parecer un poco injusto decir esto, dado que los modelos más sofisticados de cómo interactúan factores de riesgo y protección de ciertos problemas de salud mental pueden dar cuenta de algunos procesos, pero no a un nivel que pudieran superar completamente esta limitación de ser modelos más bien estáticos.

Dos aspectos que están relacionados con esta estaticidad son:

- 1) Es un enfoque que no da cuenta bien de los procesos culturales y de su influencia en el comportamiento humano. Los procesos culturales no son reducibles a factores que están o no están, son sutiles y cambiantes históricamente. Por ejemplo, Marino Pérez (2012) plantea que en la cultura occidental post-renacentista progresivamente las personas se volcaron cada vez más hacia sí mismas y tomaron a su “interior” como el objeto primordial de atención, generando una suerte de desconexión entre la persona y el mundo alrededor de ella, todo lo cual él denomina “hiper-reflexividad”. Esta “hiper-reflexividad” de la persona que se cuestiona permanentemente “quién soy, qué quiero, qué estoy sintiendo”, sería condición de base para la existencia de los problemas de salud mental, tal como hoy se presentan. Independientemente del acuerdo que exista con la idea de este autor, este es un ejemplo de un fenómeno cultural no reducible a la categoría de factor de riesgo (una forma acotada de hiper-reflexividad es un estilo de afrontamiento denominado “rumiación”, que consiste en centrar la atención una y otra vez en alguna experiencia o emoción negativa que se esté viviendo; la rumiación está efectivamente relacionada con el incremento del malestar emocional). Lo que se analizó al comienzo de este apunte respecto de cómo las prácticas sociales y culturales “moldean” la forma en que se expresa y reconocen los sufrimientos y dificultades psicológicas de los seres humanos, es otro ejemplo de procesos complejos que no pueden ser reducidos a factores específicos.
- 2) Los seres humanos somos agentes activos, constructores de significado, que hacemos “nuestro mundo” al actuar y vivirlo. No somos el mero resultado de la interacción de determinantes externos a nosotros. Pensar en factores hace pensar en determinismos que no

consideran el rol de cada ser humano como agente que construye su vida y le asigna significados a sus experiencias.

El enfoque de factores de riesgo y protección muestra que efectivamente los problemas de salud mental tienen que ver con problemas de la vida: vivir en condiciones más difíciles incrementa la probabilidad de que se presenten problemas a los que se pueda calificar de problemas de salud mental. Sin embargo, lo que es una condición adversa para un ser humano puede implicar elementos muy finos y cualitativos. Por ejemplo, un niño puede resentir mucho el sentirse no suficientemente querido por sus padres al compararse con lo que él vive como una mayor atención a un hermano, aun cuando haya tenido una vida en condiciones muy favorables, y aun cuando ese sentimiento de haber sido menos querido sea muy discutible “objetivamente”. Más aún... toda vida humana es un desafío y supone una adversidad intrínseca a superar, por más que las condiciones del entorno sean favorables. Esto es lo que muestra una perspectiva existencialista del ser humano, la que es indispensable para entender la condición humana: los seres humanos somos seres conscientes de nosotros mismos, nos vemos frente al desafío de hacer nuestra vida, la vida no nos está dada, hemos de hacerla, no podemos dejar de elegir cómo vivir (en palabras de Sartre “estamos condenados a ser libres”). Nuestra conciencia nos hace anticipar la posibilidad de los fracasos, aunque no los tengamos; nos muestra que moriremos y que lo mismo ocurrirá con nuestros seres queridos; nos pone en contacto con lo efímero, con lo riesgoso (algo muy sobreexplotado en nuestra sociedad, que intensifica nuestros miedos), con lo posible y lo imposible. Toda vida supone desilusiones, pérdidas, incertidumbres, culpas, experiencias dolorosas. Por ello, no es extraño que podamos encontrar problemas de salud mental en quienes aparentemente no tendrían “motivos” para ello. De allí que no solo es necesario mirar sociológicamente los determinantes de los problemas de salud mental sino también psicológica y existencialmente (y de allí la importancia de los modelos explicativos propios de la psicología, como los psicoanalíticos, modelos cognitivos*, conductuales, etc.). Los problemas de salud mental son problemas de la vida, pero no son solo eso pues pueden tener una enorme complejidad.

Factores de riesgo de problemas de salud mental

Individuales	Mesosocial	Macrosocial
Vulnerabilidades y predisposiciones genéticas (y epigenéticas)	Personas significativas con problemas serios de salud mental	Conflictos sociales severos
Enfermedades y condiciones de salud	Ambientes relacionales inestables, impredecibles, castigadores, inconsistentes, violentos, estresantes.	Crisis severas en los valores sociales (“anomia”)
Características temperamentales y de personalidad (irritabilidad, impulsividad, búsqueda de estímulos nuevos, neuroticismo)	Débiles redes sociales y bajo soporte social, aislamiento	Desigualdades sociales
Inseguridad emocional	Débil integración social	Prácticas de discriminación
Pérdidas significativas	Barrios segregados con baja calidad de servicios	Características negativas de la vida urbana (relacionadas con el tamaño y funcionamiento de la ciudad, con los niveles de segregación, con las posibilidades de contacto con la naturaleza)
Eventos vitales estresantes y experiencias traumáticas		Situación socioeconómica (relacionadas con satisfacción de necesidades básicas, pobreza, acceso a empleo)
Representaciones internas desvalorizadas de sí mismo o de otros		Orientación valórica materialista (centrada en la acumulación individual de bienes y de experiencias —por ejemplo, consumir, viajar, etc.—).

Al entender que los problemas de salud mental tienen que ver con la vida humana, sus exigencias y adversidades inevitables, se hace comprensible por qué al usar un lente identificador de problemas de salud mental, aparecen en todas partes. Aun cuando el concepto de trastorno mental intenta ser más preciso y delimitado que el de problema de salud

mental, ya se ha analizado que las categorías diagnósticas tienden a ser sobreinclusivas y ciegas al contexto, por lo que el lente de la psicopatología dominante también vuelve omnipresentes a los trastornos mentales.

La psicopatologización ya es parte de nuestra cultura, y junto con ello se ha extendido una mirada fragilizada y fragilizadora del ser humano, como si no tuviéramos capacidades de afrontar las circunstancias, como si las personas no pudieran soportar el dolor, lidiar con las adversidades y seguir enfrentando la vida. Desde esta perspectiva psicopatologizadora dominante, la atención se pone solo en los estresores y problemas, y no en los recursos personales y sociales de que disponemos las personas y comunidades, que nos permiten lidiar bastante bien con circunstancias complejas. La psicopatologización fomenta una imagen de la persona humana de pasividad e impotencia frente a las circunstancias. Vivimos una cultura psicopatologizada y terapéutica. Tendemos a sobrevalorar la necesidad de psicoterapia y, peor aún, de psicofarmacoterapia. Nuevamente, recordaremos una idea importante del pensamiento de Sartre: “lo importante no es lo que han hecho de nosotros, sino lo que hacemos con lo que han hecho de nosotros”.

Por cierto, este planteamiento crítico a la psicopatologización no implica reducirle importancia a la necesidad de generar espacios sociales que favorezcan de mejor forma el bienestar humano. Es enteramente legítimo, y necesario, en mi opinión, modificar estructuras y valores sociales a fin de construir sociedades que permitan una vida más plena a todos los seres humanos. Criticar la psicopatologización tampoco es incompatible con destacar la importancia de contar con adecuados servicios de salud mental. Es más bien un cambio de énfasis. Desde luego, es de esperar que una sociedad más igualitaria, más integradora, que favorezca más los vínculos sociales, el contacto con la naturaleza, más centrada en la buena vida que en el consumo y en la lucha por el estatus, tendría más calidad de vida y mejor salud mental. Pero apostar por esa utopía no supone psicopatologizar el sufrimiento humano existente. Tampoco cabe pensar que cambios sociales puedan eliminar todo el sufrimiento y dificultades humanas. En una sociedad más armónica y justa, los problemas de salud mental no desaparecerán, pero es razonable pensar que debieran ser menos y que se podrían enfrentar mejor.

XI. LA PERSONALIDAD Y SUS “TRASTORNOS”



¿QUÉ ES LA PERSONALIDAD? O, más profundamente, ¿existe algo a lo que podemos llamar “personalidad”? Conociendo las diversas perspectivas existentes en la psicología, no es sorprendente que respecto de la primera pregunta no sea fácil obtener una respuesta clara. Lo mismo ocurre respecto de la segunda pregunta: en la historia de la psicología han existido enfoques que han negado la existencia de la personalidad (por ejemplo, ciertas formas de conductismo) y otros que la han considerado una dimensión central para entender el comportamiento (por ejemplo, el psicoanálisis), y esa polaridad no ha desaparecido del todo.

En síntesis, aunque es un concepto clave en la psicología, no se ha logrado generar una propuesta articulada de comprensión de qué es la personalidad. La psicopatología ha avanzado en gran medida en forma autónoma de la psicología en su intento de comprensión de los problemas psicológicos que implican a la personalidad, y en el análisis de la relación de la personalidad con los diferentes tipos de problemas psicológicos. La psicopatología, guiada por un criterio pragmático y coherente con el modelo médico dominante que tiene a su base, ha generado una conceptualización de los problemas relacionados con la personalidad basada en los mismos principios con los que ha conceptualizado todos los problemas psicológicos y, por lo tanto, ha establecido la existencia de “trastornos de la personalidad”, entendidos como entidades discretas (categorías) diferenciadas. La relación personalidad y los problemas psicológicos la ha concebido como la posibilidad de “comorbilidad” entre trastornos de la personalidad y los demás trastornos mentales, entendiendo que la presencia de trastornos de personalidad podría favorecer el desarrollo de otros trastornos mentales.

Antes de proseguir, una mirada a los clásicos de la psicología de la personalidad. Uno de los grandes psicólogos de mediados del siglo XX, Gordon Allport (1937), definió la personalidad como una organización dinámica de los sistemas psicofísicos de cada persona. Esa organización determinaría una forma de pensar y de actuar, que sería única y tendría un rol sustantivo en el proceso de adaptación al medio de cada cual. Psicofísica es la palabra que usó para intentar dar cuenta en forma no dualista de la relación cerebro-mente.

¿Tenía razón Allport? ¿Tenemos una forma de pensar y actuar que es única? ¿Hay a la base de eso una “organización dinámica psicofísica”? Aunque algunas perspectivas excesivamente ambientalistas han negado que exista la personalidad, parece innegable que hay ciertos elementos característicos en los comportamientos que no son atribuibles solo al contexto y que tienen que ver con la propia persona. O sea, podemos decir que Allport tenía razón respecto de que, en algún grado, tenemos una forma de pensar y actuar que nos caracteriza y que podríamos pensar que es única, ya que difícilmente otra persona tendrá exactamente la misma. Respecto de si tenemos “una organización dinámica psicofísica” que *determina* nuestra forma de pensar y actuar, como también planteaba, la respuesta es más compleja. Tan compleja que la pregunta ha tendido a ser abandonada, pese a ser muy relevante.

Hoy en día, tanto en la psicología de la personalidad como en la psicopatología, la personalidad es entendida fundamentalmente en términos de “rasgos”, esto es, patrones característicos de formas de percibir, de pensar, de actuar. Por qué existen estos patrones o regularidades y cómo se explican no es foco de interés. Lo más preocupante es que otros componentes de la personalidad, más allá de los rasgos, están insuficientemente considerados en la psicología de la personalidad y en la psicopatología actual. Antes de discutir este tema en mayor profundidad, es conveniente clarificar la relación entre los conceptos de personalidad, temperamento y carácter.

Personalidad, temperamento y carácter

Si bien en la psicología alguna vez se usó la idea de carácter para referirse a las dimensiones de la personalidad más relacionadas con la “voluntad”, hoy es un término abandonado. En la vida social todavía lo empleamos

(persona de “carácter fuerte”, “le falta carácter” o, en otro sentido, “tiene mal carácter”), pero no se utiliza el término carácter ya habitualmente en la psicología, excepto en la psicología dinámica o psicoanalítica, donde es entendido como sinónimo de personalidad. De allí que los trastornos de personalidad son llamados por algunos autores psicoanalíticos “neurosis del carácter”.

En cambio, el concepto de temperamento se sigue usando hoy en día. El mayor uso contemporáneo de la idea de temperamento viene de la psicología del desarrollo. Clásica fue la distinción entre niños de “temperamento fácil” y otros de “temperamento difícil” a propósito del reconocimiento que en los modos de reacción de niños y niñas hay tempranas diferencias que difícilmente son atribuibles a aprendizajes. De allí surgió la idea habitual que el temperamento tenía que ver más bien con los aspectos genéticos y que la personalidad con los aprendidos. Pero esa idea es demasiado simple, pues el temperamento se modifica a lo largo del desarrollo y no es insensible a los aprendizajes y experiencias. Tampoco se puede decir que solo estos elementos tempranos, referidos a modos de reacción, tengan influencia genética: ya sabemos que los genes son influyentes en el ser humano a lo largo de todo su ciclo de vida y, por tanto, que tienen influencia en diversos componentes de la personalidad, no solo los temperamentales (cabe mencionar que hasta la fecha de nuestra muerte está genéticamente influida, a propósito de desmitificar esa idea de que los genes son especialmente importantes en etapas tempranas). Parece más adecuada la antigua propuesta de Michael Rutter (1987) de considerar el temperamento relacionado con el cómo o estilo de conducta, en oposición al por qué (motivaciones) o con los procesos subjetivos más específicos (por ejemplo, el temperamento tendría relación con alta reactividad emocional pero no con miedos específicos; con afecto negativo, pero no con desesperanza). Entendido así, el temperamento alude a características que tienen que ver con los estilos de respuesta más que con los contenidos de estas.

Visto de esta forma, el concepto de personalidad es más amplio que el de temperamento y lo incluye como un componente más. La personalidad involucra valores, intereses, representaciones de sí mismo y otros (identidad), mecanismos de defensa, motivaciones, estilos cognitivos y de afrontamiento, “organizaciones de significado personal” (Guidano), entre otros múltiples aspectos que pueden ser considerados en esa “organización dinámica de los sistemas psicofísicos” aludida por Allport (aquí

se han tomado conceptos de distintas perspectivas teóricas de la psicología; si efectivamente es posible amalgamarlos o no, es otro tema).

La personalidad según la psicología de los rasgos

Los teóricos de los rasgos proponen que el rasgo es la unidad fundamental de la personalidad y que engloba componentes cognitivos, emocionales-motivacionales y conductuales. Hemos señalado que los rasgos son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los teóricos de los rasgos les dan a estos un valor explicativo del comportamiento, aun cuando se puede decir que son más bien descripciones del modo habitual de comportarse de una persona.

Si nos quedamos con la idea de que la personalidad es un conjunto de rasgos, la respuesta a la pregunta de qué es la personalidad se puede responder empíricamente: hay que establecer si existe alguna coherencia en los comportamientos humanos a lo largo del tiempo (lo que corresponde a la consistencia o estabilidad temporal) o a través de situaciones (consistencia o estabilidad transituacional), que permita identificar esos patrones o rasgos. Planteado así, se puede afirmar entonces que la personalidad existe, dado que es demostrable que existe cierta estabilidad en los comportamientos humanos (y no solo humanos, piensen en sus mascotas, si es que tienen). De hecho, uno de los mejores, sino el mejor, predictor del comportamiento futuro de una persona es el comportamiento pasado. Pero, claro, es el mejor predictor (ahí está la clave del éxito de los algoritmos computacionales para “conocernos” incluso mejor que nosotros mismos), sin embargo, no es un predictor infalible: el comportamiento no es siempre igual a lo largo del tiempo. Sabemos que hay transformaciones, habitualmente leves, progresivas y dentro de ciertos parámetros, pero existen. Y sabemos también que hay alguna consistencia transituacional: aunque claramente el comportamiento de cada persona es contexto-dependiente (no somos iguales con nuestras parejas, nuestros amigos, en una fiesta, en una manifestación política, manejando un auto o caminando), hay algunos elementos que tienden a expresarse en forma relativamente equivalente en diferentes situaciones.

Esa relativa estabilidad temporal y transituacional de nuestros comportamientos (incluyendo en la noción de comportamiento, por supuesto, formas de percibir, de pensar, de reaccionar emocionalmente) es lo que se tiende a entender hoy como personalidad. En general se asume que tras esa estabilidad hay un algo (ese algo que Allport llamó “organización psicofísica”), que sería el determinante de esa relativa estabilidad. Sin duda, ese “algo” es clave para una comprensión del comportamiento humano, pero no tenemos claro cómo conceptualizarlo. La psicología de la personalidad basada en los rasgos asume que ese algo son, como es esperable, los rasgos y no atiende mayormente a otros componentes. Por ejemplo, si una persona tiende a comportarse en forma extravertida, entonces tiene el rasgo extraversión; ese rasgo a la vez describiría su modo de comportamiento y lo explicaría, ya que los rasgos serían disposiciones a comportarse de ciertas maneras. No habría necesidad, entonces, de buscar más allá, el rasgo sería la explicación de por qué se tienen comportamientos estables. Y los rasgos serían resultado de factores genéticos (a los que la psicología de los rasgos suele darles mucha importancia, entre otras cosas, porque le da aparentemente una mayor solidez al concepto de rasgo) y de procesos de aprendizaje.

Es un error, sin embargo, asumir que la estabilidad temporal y transituacional del comportamiento tiene que ver solo con elementos propios de la persona, sean rasgos u otros aspectos del funcionamiento psicológico de cada individuo. Por supuesto que la estabilidad del comportamiento tiene que ver con elementos propios de la persona, pero, también, tiene que ver con un contexto estabilizado, que va contribuyendo a que los patrones de comportamiento se mantengan. Es un contexto que se hace invisible y que solo es notada su presencia cuando ese contexto tiene cambios evidentes. El contexto que ayuda a la estabilidad de los comportamientos es un contexto que nosotros mismos también vamos contribuyendo a mantener: tenemos ciertas rutinas, nos mantenemos en ciertos ambientes, etc. Los individuos hacemos, de manera parcial, ese contexto. Así, esto que parece tan propio de cada persona, “su personalidad”, no es solo algo que resulta de procesos “internos” de ella: cada uno de nosotros es, en palabras de Ortega y Gasset, “yo y su circunstancia”; la circunstancia no es ajena al yo, es parte de lo que lo constituye. Una afirmación como esa es compatible con diversos enfoques de la psicología, como el enfoque sistémico, cognitivo-conductual, etc. Es una afirmación

que también se relaciona con el necesario diálogo entre psicología “individual” y social.

Se puede relacionar el error de atribuir excesivamente la explicación de los comportamientos de las personas a factores “internos” con lo que en psicología social se denomina “error fundamental de atribución”. Este error se refiere a atribuir el comportamiento inadecuado del otro solo a factores “internos” y estables de este, con subvaloración de los aspectos contextuales. Es un error al que son particularmente susceptibles clínicos inspirados en enfoques centrados en el individuo, como el modelo médico o enfoques solo “intrapésicos”. Se ha señalado que existiría relación entre equipos profesionales agobiados y desmotivados con mayores tasas de diagnósticos de trastornos de personalidad en los consultantes (de alguna manera, si la personalidad es el problema, hay menos posibilidades de hacer algo y, por tanto, queda aparentemente justificada la pasividad frente a los problemas de los consultantes).

Ya se ha dado a entender que la psicología de la personalidad ha estado excesivamente dominada por el enfoque centrado en rasgos. La crítica a una psicología de la personalidad basada en rasgos es muy antigua. Henry Murray, el creador del Test de Apercepción Temática, decía en los años 30’:

Según mi opinión, la psicología del rasgo está demasiado interesada en la repetición, en la consistencia, en lo que es manifestado claramente (la superficie de la personalidad), en lo que es consciente, ordenado y racional. Subestima la importancia de los acontecimientos fisiológicos, de los impulsos irracionales y de las creencias, de las experiencias infantiles, de los drives inconscientes e inhibidos... Se detiene de forma brusca precisamente en el punto donde se necesita la psicología, el punto en el cual empieza a ser difícil entender qué está sucediendo (1938, p. 715).

El autor planteaba que la psicología del rasgo se restringe demasiado al comportamiento manifiesto y no escarba en aspectos centrales como las dimensiones motivacionales y emocionales de los comportamientos humanos. La crítica de Murray tiene valor hoy, aun cuando no se compartan todos los supuestos de la psicología psicodinámica en que él estaba imbuido.

Pese a las críticas, la psicología de los rasgos es hasta hoy uno de los

enfoques dominantes de la psicología de la personalidad. Un tema crucial de la psicología de los rasgos ha sido establecer cuáles serían los rasgos definitorios de la personalidad humana. Han existido muchas propuestas. Entre los más destacados pioneros del enfoque de rasgos están Raymond Catell y Hans Eysenck. Este último autor planteó que serían tres los rasgos cruciales: extraversión-introversión, neuroticismo y psicoticismo. El modelo de rasgos que ha obtenido más reconocimiento es el modelo de los 5 Grandes (factores) o, en inglés, el modelo de los Big Five (factors) (factor es, en este contexto, sinónimo de rasgo).

Si bien el interés de los psicólogos de los rasgos siempre ha estado más en las personalidades “normales” y, en cambio, el de la psicopatología, en los rasgos “anormales”, en algún momento se empezó a pensar en la posibilidad de concebir los rasgos “anormales” como extremos de los rasgos normales. Para la elaboración del DSM-5 y de la CIE-11, los modelos de rasgos de la psicología de la personalidad fueron explorados con mucho interés y de hecho fueron incorporados, en forma reformulada, a sus propuestas de conceptualización de los trastornos de personalidad (en el caso del DSM-5, a la propuesta alternativa, como ya explicaremos).

Lamentablemente, la psicología de la personalidad no ha podido aportar a la psicopatología elementos decisivos que ayuden a concebir la personalidad desde una perspectiva más rica que la propia del modelo médico. El aporte ha sido tímido: modos de clasificar los rasgos (por ejemplo, los 5 Grandes) y una apertura a una conceptualización más dimensional de la personalidad.

A continuación, se describe cada uno de los 5 grandes factores del modelo dominante de conceptualización de los rasgos en psicología (cada rasgo está conformado a su vez por rasgos más específicos, denominados “facetas”). Se señalan algunas relaciones entre estos rasgos y características de la personalidad que suelen considerarse “rasgos patológicos”.

Neuroticismo v/s Estabilidad emocional

Incluye aspectos ligados a la presencia recurrente de malestar psicológico y de emociones negativas tales como la ansiedad, la angustia, la depresión y el desconcierto. Es equivalente al concepto de neuroticismo de Eysenck (no así al de neurosis, en sentido psicoanalítico) y al de afectividad negativa. Diversos rasgos y trastornos de personalidad tienen fuer-

te predominio de afectos negativos e inestabilidad emocional, así como otros problemas de salud mental. Valores bajos en este factor suponen estabilidad emocional.

Extraversión v/s Introversión

El acento está en la sociabilidad. Alta extraversión está asociado a búsqueda y disfrute de amplias relaciones sociales; la introversión está asociada a una menor búsqueda de contacto social y a una mayor selectividad en las interacciones. Niveles elevados de extraversión están asociados a rasgos histriónicos y narcisistas, y bajos, a rasgos evasivos y esquizoides.

Amabilidad o Cordialidad v/s “Dureza”

Este factor tiene una connotación valorativa. En el polo negativo, se asocia a adjetivos como irritable, crítico, cínico, vengativo e insensible y está asociado a rasgos paranoides, antisociales y narcisistas; en cambio, valores muy altos parecen asociarse a dependencia.

Apertura a la Experiencia v/s Cautela

Se relaciona con adjetivos como originalidad, imaginación, intereses amplios y audacia. Valores extremos están relacionados con abuso de sustancias y con otras conductas de exposición a riesgos. Valores bajos parecen tener alguna asociación con rasgos compulsivos (rígidos, perfeccionistas y evitativos).

Responsabilidad v/s Negligencia

En el polo positivo, implica un individuo controlado, planificado, respetuoso, responsable. Valores extremos altos se asocian a rasgos compulsivos, y bajos, a comportamiento antisocial.

¿Puede la personalidad tener trastornos?

La noción de trastornos de la personalidad (TP) implica que es la persona y su modo habitual de ser la que tiene “un trastorno” ¿Es posible que existan “trastornos del modo ser”? Incluso en las concepciones más sujetas al modelo médico, concebir los problemas que implican al modo de ser de las personas como enfermedades ha generado ruido. Ciertamente,

el reemplazo del término enfermedad por el de trastorno no resuelve el cuestionamiento. Sin embargo, es efectivo que los problemas psicológicos implican a la persona (¿podría ser de otro modo?) y que, en ocasiones, lo que es figura en las dificultades de una persona es el modo que tiene de “pararse en la vida”, más que un problema particular.

Como ya señalamos, la psicopatología optó por considerar la existencia de “trastornos de la personalidad” teniendo a la base el modelo médico habitual. Cada trastorno de personalidad es una categoría aparentemente bien definida de dificultades. Un trastorno de personalidad en la definición del DSM-5 considera los siguientes criterios:

- A) Patrón permanente de la experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto”. Este patrón se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas:
 1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
 2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).
 3. Funcionamiento interpersonal.
 4. Control de impulsos.
- B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.
- C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.
- E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal).

Esta definición implica que un TP es una constelación de “rasgos patológicos” (se pueden, por lo tanto, reconocer rasgos de un trastorno sin que se considere que la persona presenta el trastorno propiamente tal). Estos rasgos patológicos son, por definición, características estables que al articularse y hacer que varios ámbitos de la vida de la persona se vean afectados en forma negativa determinan la existencia de un TP.

La conceptualización de los trastornos de personalidad del DSM-5 es exactamente la misma a la del DSM-IV. Aunque se intentó hacer una “revolución” en la forma de conceptualizar los trastornos de personalidad en el proceso de construcción del DSM-5, esta no llegó a puerto y finalmente se optó por mantener la conceptualización del DSM-IV. La única diferencia importante entre el DSM-IV y DSM-5 en relación a los TP es que el DSM-IV proponía 5 “ejes” (axis) para evaluar a las personas, por eso era una clasificación “multiaxial”. Los trastornos de personalidad estaban considerados en el eje II, en cambio, los demás trastornos clínicos estaban en el eje I. La distinción entre trastornos eje I y eje II parecía razonable, dado que los trastornos Eje II, en principio y, por definición, debían ser trastornos estables y ser abarcadores de distintos dominios (dado que se supone que lo alterado no es algo específico sino “la personalidad”). Parecía razonable también que siempre al evaluar un “trastorno particular” se evaluara la personalidad. Sin embargo, había al menos dos problemas en esta distinción entre eje 1 y eje 2. Uno, la visión médica de la personalidad que estructura el DSM. Desde luego, cualquier problema que una persona tenga va a estar “coloreado” por su personalidad (y no solo coloreado, de algún modo la personalidad influye en los problemas que se viven), pero al centrarse solo en rasgos (y solo en rasgos patológicos) el DSM-IV no lograba dar cuenta con su eje II de esta amplitud de influencia de la personalidad. El segundo problema es que la distinción entre trastornos eje I y eje II en función de que los TP serían más estables y abarcadores no era tan clara en la práctica.

Por su parte, la CIE-11 hizo cambios sustantivos respecto de la CIE-10 y del DSM-5. Eliminó las categorías particulares de TP (excepto del trastorno limítrofe o “borderline”) y los “dimensionalizó” en atención a su nivel de gravedad (ver Anexos).

La verdad es que los “trastornos de la personalidad” son uno de los dolores de cabeza más grandes de las ya aporreadas clasificaciones de los trastornos mentales como el DSM o CIE. Las dificultades que una

persona tiene para “pararse en la vida” no son adecuadamente comprendidas como trastornos en el sentido del modelo médico. De hecho, los trastornos de personalidad están entre las categorías de estas clasificaciones que son menos confiables (o sea, los profesionales que las usan no llegan a los mismos “diagnósticos”) y con menos indicadores de validez. Un ejemplo de los problemas de validez son las altas tasas de “comorbilidad” entre los diagnósticos de trastornos de personalidad. La agrupación de trastornos que propone el DSM-5 en 3 grupos (“TP raros o excéntricos”; “TP dramáticos, emocionales o erráticos” y “TP “ansiosos o temerosos”) no tiene ninguna validez, solo una apariencia “razonable” (o sea, esta agrupación solo tiene “validez aparente”). En la práctica clínica, es frecuente que una persona reciba un diagnóstico de TP y que luego ese diagnóstico no se mantenga, lo que resulta inconsistente con la definición de TP.

¿Conclusiones?

Pese a las limitaciones que hasta hoy en día se presentan para tener una imagen suficientemente clara de cómo entender la personalidad, su relevancia para comprender los problemas psicológicos que las personas podemos presentar es central. No se puede pensar en el comportamiento, sufrimiento, las dificultades y relaciones con otros, al margen de la personalidad: nuestra personalidad, esto es, nosotros mismos, está presente, de modo u otro, en todo aquello que hacemos y que nos pasa en la vida. Claudio Naranjo decía “toda neurosis es una neurosis del carácter” (como ya se señaló, neurosis del carácter es un término psicoanalítico para TP). Lo que plantea esta frase es lo que siempre ha planteado por su parte el psicoanálisis: un trastorno visible manifiesta un problema subyacente en el mundo psíquico del individuo. Probablemente es una frase exagerada, en el sentido que detrás de un problema de salud mental no necesariamente hay algo que merezca ser llamado TP, y, desde luego, no es el único factor, pero la reflexión es interesante, no solo para una perspectiva psicoanalítica, dado que es razonable pensar que la personalidad está siempre implicada en los malestares y dificultades humanas.

Lo analizado nos permite entender por qué es habitual que en las consultas de salud mental se diagnostiquen “trastornos de personalidad” que, sin embargo, no se corresponden con las definiciones de TP

del DSM o CIE. Con frecuencia, lo que le ocurre a una persona no parece reducirse a alguna alteración específica que pueda ser encasillada en las categorías diagnósticas habituales, sino que tiene que ver con la manera de esa persona de relacionarse con los otros, con sus formas de abordar los problemas, sus maneras de regulación emocional, sus motivaciones dominantes, sus estados afectivos dominantes, etc. Como no hay categoría para ello, se le termina diagnosticando, a falta de conceptos mejores, un TP, sin que se satisfagan los criterios diagnósticos de TP específicos y, con frecuencia, sin que tampoco se satisfagan los criterios de un TP en sentido genérico. O sea, se usa la etiqueta TP, pero su sentido no es exactamente el propuesto por los sistemas diagnósticos dominantes, lo que tiene el riesgo de ser confundente (además de iatrogénico, por la alta carga que tiene este concepto).

La perspectiva dominante de la personalidad tiene una serie de limitaciones. Además de la rigidez que supone el intento de entender las implicancias de la personalidad en los problemas psicológicos desde un modelo de categorías discretas, está la limitación de una comprensión de la personalidad solo en términos de rasgos más bien de “superficie”, de manifestaciones comportamentales, y no de una comprensión amplia de la persona. La perspectiva dominante tiende a dar la impresión que persona y personalidad son fenómenos independientes. Sin embargo, un TP no es algo que una persona “tenga”, que es lo que el modelo comunica implícitamente. En rigor, el TP es el nombre que se le está dando a la forma habitual como la persona se relaciona con otras y aborda las exigencias de la vida, implicando que hay algo desadaptativo en ello, que afecta a la persona y/o a los demás, pero no es algo que la persona tenga como un atributo separable de sí misma.

XII.
EPISTEMOLOGÍA, ONTOLOGÍA
Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL



COMO ES INEVITABLE, a lo largo de este libro *no filosófico* han estado subyacentes temas *filosóficos*. Hasta ahora, sin embargo, en general, he evitado abordar explícitamente esa dimensión con más profundidad. Aquí se hará una incursión algo mayor al respecto, a fin de poder ampliar la reflexión sobre la naturaleza de los problemas de salud mental y de los “trastornos mentales”, lo que implica interrogantes epistemológicas y ontológicas.

¿Qué es la realidad? ¿Qué es el conocimiento? ¿Qué distingue a las distintas formas de conocimiento? ¿Qué relación hay entre conocimiento, lenguaje y realidad? La filosofía ha buscado incansablemente respuesta a las preguntas señaladas. En la era actual, se ha agregado a las preguntas anteriores la interrogante acerca de qué sería lo propio del conocimiento científico.

La naturaleza de la realidad es el tema de la “ontología”. La naturaleza del conocimiento es tema de la gnoseología o epistemología*. La filosofía de la ciencia intenta dar cuenta de la naturaleza del conocimiento científico en particular. Dada la íntima relación entre conocimiento y lenguaje, también la filosofía del lenguaje es un ámbito del saber relevante en relación a estas preguntas. Desde luego, estas preguntas no solo interesan a la filosofía, sino, en alguna forma, a todo ser humano (y también son la temática de otras disciplinas. Por ejemplo, en la sociología del conocimiento se analiza cómo lo que consideramos saber surge, se transforma y circula, en comunidades humanas, entre ellas, las comunidades científicas, y en las propias áreas de la psicología que estudian cómo es que cada ser humano es un sujeto de conocimiento).

Las ciencias tienen una relación tormentosa con estas preguntas, en particular, las ciencias sociales y humanas (el propio “éxito” de las ciencias naturales ha hecho menos apremiante esas preguntas para ellas). Las ciencias emergieron de la filosofía y, con frecuencia, trataron de cortar lazos con ella. Una pretensión propia del conocimiento científico ha sido que tendría una naturaleza muy distinta a la del saber filosófico. La forma más simplificada de esta distinción plantea que la ciencia se basaría en datos producidos empíricamente y la filosofía en la especulación. La psicología ha sido particularmente sensible a esta pretensión de diferenciarse de la filosofía, con consecuencias lamentables, pues inevitablemente el quehacer científico (y el quehacer profesional y humano, en general), genera preguntas que tienen implicaciones filosóficas. Como plantea Marino Pérez (2021), estar en ayunas de filosofía no es recomendable. Es cierto que la ciencia tiene una dimensión empírica que es menos directa en la filosofía, pero ello no quiere decir que las problemáticas filosóficas y científicas no se entrelacen. Estar ayunos de filosofía conduce a que los científicos, los profesionales, las personas, en general, asumamos posturas filosóficas sin darnos cuenta que los hacemos. Por ello, Gregory Bateson (1985) indicaba que señalar no tener epistemología era más bien indicador de una mala epistemología, dado que en nuestro modo de pensar y actuar subyace inevitablemente una forma de concebir los fenómenos y el conocimiento (una epistemología implícita). Sostener que no la tenemos sería solo porque no nos damos cuenta de que la tenemos, lo que nos impediría reflexionar sobre ella.

La separación entre ciencia y filosofía ha sido enfatizada sobre todo por las concepciones de la ciencia que se enmarcan dentro de lo que, ampliamente, se denomina positivismo y empirismo. El fenomenal desarrollo del conocimiento científico desde la modernidad (¿siglo XV?), ha generado diversos esfuerzos de conceptualizar qué sería lo propio del conocimiento científico, una pregunta filosófica y no científica. Simplificando, una de esas concepciones es la denominada positivista: la ciencia sería la única forma de “conocimiento verdadero”. El conocimiento científico sería una acumulación sistemática de saber basado en hechos, los hechos serían resultado de observaciones cuidadosas obtenidas en contextos controlados (de allí la centralidad de la experimentación); el conocimiento debiera expresarse, idealmente, en términos matemáticos. Desde la perspectiva positivista, la relación entre conocimiento y realidad sería una de correspondencia: el conocimiento “reflejaría”, “retrataría”,

“representaría”, la realidad tal como esta existe de modo independiente a quien la conoce. Quien conoce, entonces, “descubre” lo que ya estaba allí. Lo que Kenneth Gergen (1997) denomina concepción pictórica de lenguaje de la mente sería una concepción positivista de la manera de entender los fenómenos mentales.

El positivismo, en la forma como lo he descrito, no es un planteamiento que concite hoy demasiado respaldo explícito en forma abierta, si bien está presente implícitamente en nuestra cultura. Hay cierto consenso que la imagen que se proyecta del conocimiento desde la perspectiva positivista clásica es muy simplificada. La idea de que el conocimiento verdadero sería un reflejo de la realidad tiene pocos defensores a ultranza. Una razón obvia es que sabemos que el conocimiento se va transformando y que ello obedece a factores sociales, culturales, tecnológicos, y que un conocimiento estimado verdadero en un momento ya no lo es en otro. El saber sobre una realidad no es “incondicionado”, sino que es dependiente de factores que afectan a quien está conociendo. De allí la relevancia del observador que conoce, quien, se está mostrando a sí mismo al conocer (Maturana, 1996; Segal, 1994). Tampoco se sostiene la idea de que el conocimiento depende solo de hechos, pues ellos requieren ser interpretados: los hechos no “hablan por sí mismos”. Esas interpretaciones suponen formas de concebir los fenómenos, “paradigmas” en el lenguaje de Kuhn, 1971, el físico que mostró que los cambios en las teorías científicas no dependían solo de la acumulación de datos sino de formas de entendimiento subyacentes, los paradigmas de base.

Aceptando que el conocimiento no es un reflejo de la realidad ¿habría necesariamente que abandonar del todo la idea de conocimiento como intento de una correspondencia con la realidad tal como ella es? Si bien esto es suscrito desde distintos planteamientos en la actualidad, es disputable. También es debatible que, desde ciertas perspectivas, la idea misma de realidad, en particular de una realidad que existe en forma independiente de quien la observa, sea considerada un supuesto innecesario, mal planteado o erróneo.

Estas son aguas muy turbulentas. Llevamos miles de años, con cambios en los lenguajes empleados, haciendo estos debates. Las ciencias del comportamiento no pueden ignorar esa discusión porque arriesgan con ello tener concepciones muy simplificadas del conocimiento y de su objeto de estudio. Resulta indispensable poner atención a estas reflexiones filosóficas. Sin embargo, lamentablemente, no encontraremos en la

filosofía una respuesta clara ni única respecto de qué entender por conocimiento y de su relación con la “realidad”. Pero, aunque eso sea así, conocer las respuestas que se han ido proponiendo permite plantearse de mejor modo este tema, con más matices y aristas.

Esquemáticamente, se pueden distinguir tres grandes perspectivas epistemológicas (con implicancias ontológicas): 1) la positivista clásica, 2) post-positivistas y realistas críticas, y 3) algunas de las diversas formas de enfoques declaradamente “no representacionistas” que asumen teorías más críticas del conocimiento (constructivistas, construccionistas sociales, post-estructuralistas, etc.). Para quienes estén interesados en profundizar en este tema, recomiendo, al final del capítulo, algunas lecturas en castellano dado que esta presentación será, por fuerza, muy limitada.

El positivismo clásico es “representacionista”: el conocimiento “refleja”, “re-presenta”, la realidad. Esta concepción es hoy considerada “realista ingenua”. El post-positivismo crítico y el realismo crítico, parientes cercanos, son más modestos y podrían ser descritos como representacionismo “débil” (no en el sentido de cobarde o frágil, sino que es considerado débil al no asumir las premisas dogmáticas del representacionismo “fuerte”). El post-positivismo, el realismo crítico tienen a su vez, elementos en común con ciertas formas de constructivismo o de construccionismo “débiles” (no es lo mismo construccionismo que constructivismo, aunque tienen elementos en común. No me detendré en esto, y, en lo que sigue, usaré el término construccionismo). Desde la perspectiva post-positivista no se duda de la existencia de una realidad externa al observador, pero se señala que todo conocimiento es aproximativo, un intento, tentativo, de ir dando cuenta de la realidad, pero se reconoce que el “mapa (el conocimiento) no es “el territorio” (la realidad). La realidad siempre permanece, en algún grado, elusiva. La búsqueda de un conocimiento objetivo no se abandona, pero se asume como un ideal inalcanzable al que hay que buscar acercarse. Se reconoce que todo conocimiento está condicionado por factores culturales, sociales, de la propia persona y por el lugar desde el cual mira: no hay acceso “no mediado” a la realidad.

Los enfoques denominados “no representacionistas” hacen un cuestionamiento más radical de la posibilidad de tener acceso a una realidad independiente de quien la observa, lo que los diferencia del post-positivismo y realismo crítico. Las posturas no representacionistas plantean, de alguna manera, que lo que existen son diferentes realidades, todas de-

pendientes de quien las está conociendo. Siguiendo la metáfora, ahora “el mapa es el territorio”. No hay diferentes formas de acceder a una misma realidad, como sería más bien propio de una perspectiva post-positivista, sino que conocimiento y realidad se imbrican, generándose diferentes realidades. No hay otra realidad fuera de la realidad que se conoce. No hay territorio al margen del mapa que lo construye.

Las perspectivas no representacionistas tienen diferentes énfasis y matices. Uno de sus cultores, Richard Rorty, invita a considerar la posibilidad de que no exista un modo de ser real de las cosas, sino solo descripciones más o menos útiles del mundo, “metáforas” más o menos exitosas en atención a su utilidad y efectos. Entre las perspectivas no representacionistas están los enfoques post-estructuralistas (una de sus figuras más reconocidas es Michel Foucault). Estos enfoques post-estructuralistas destacan por plantear que el conocer es un acto de estructuración de la realidad —no de reconocimiento de ella—, con implicancias políticas. Saber y poder son dimensiones entrelazadas.

En las últimas décadas se han popularizado, particularmente en el ámbito de la psicología, los planteamientos de Kenneth Gergen (no por casualidad, un psicólogo social en su origen), cuyo enfoque, denominado construccionista social o socioconstruccionista, integra planteamientos que son habituales en las perspectivas no representacionistas. Gergen señala que “los términos y las formas por medio de las que conseguimos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambio situados histórica y culturalmente y que se dan entre personas” (1997, p. 72-73). Como muestra su texto “La cultura del déficit” (Gergen, 1997), él concibe el lenguaje no como una herramienta de descripción de la realidad (lo que sería propio de la concepción pictórica) sino como una herramienta de comunicación, con funciones sociales, sosteniendo una concepción pragmática del lenguaje (y aplica esa noción a cómo debemos entender el lenguaje mental; así, las palabras como tristeza y amor no aluden a algo que exista en la persona sino que cumplen un rol comunicativo en las interacciones sociales).

Desde perspectivas post-positivistas y, especialmente, no representacionistas y “postmodernas” se ha extendido una crítica generalizada al “realismo”, esto es, a la idea de que existe una realidad independiente de quien la observa. Sin embargo, una postura estrictamente no realista no es fácil de sostener coherentemente. Bassi, un autor no representacionista, describe la paradoja de que aunque alguna forma de relativismo es lo

que se impone en la cultura actual, no se observa en la vida cotidiana ni en la científica un relativismo coherente:

buena parte del trabajo que se hace en nombre de la ciencia parece orientado a describir el mundo objetivamente, no a inventarlo, no a crearlo, no a contarlos según nos parece que es o nos gustaría que fuera (buenos ejemplos de ello son la idea de triangulación de datos, la de representatividad, la de usar diversos observadores, técnicas como el doble ciego y, en un sentido general, el hecho mismo de salir al mundo a mirarlo en lugar de, simplemente, especular acerca de su forma). De hecho, incluso los que creen en el dictum «la realidad es construida», se pelean entre sí como si no lo fuera y defienden la objetividad y neutralidad de sus visiones al tiempo que procuran socavar las de sus rivales. Algo parecido podría decirse de las mujeres y hombres de a pie: la vida cotidiana misma parece posible debido a que percibimos «correctamente» el mundo ¿Cómo explicar, si no, que acertemos a subirnos al bus al que queremos subir, a encontrar la verdulería o a hablarle a alguien? Si el bus no existe, si la verdulería está en otro lado, si ese alguien es un invento de nuestra imaginación no podríamos hacer nada de eso. Así, parece que nuestro desenvolvimiento eficiente en el mundo proviene de que lo percibimos tal cual es. En este sentido, podríamos afirmar que todos/as nos comportamos como realistas (aun los/as que creemos en el dictum) y que no podríamos hacerlo de otra forma si queremos sobrevivir. (Bassi, 2015, 104-105)

Si bien el “realismo ingenuo” tiene fuertes objeciones, no es tan claro que las opciones sean necesariamente posturas “anti-representacionistas”, al menos no en cuanto ellas tienden a disolver la noción de realidad. Es respecto de cómo enfrentar ese fenómeno, que existe diversidad de posturas, algunas más hacia el polo representacionista, otras hacia el no representacionista. Citaré a Bassi nuevamente. Como se verá en el siguiente párrafo, él señala que o se es *representacionista* o se es *anti-representacionista*, y que la opción de estar al medio sería una incoherencia.

Por mi parte, si se acepta algún grado de relativismo, es decir, si se sostiene que el conocimiento depende de quien/es conoce/n el mundo, de sus valores, de su cultura, de su lenguaje, de su memoria, de sus cogniciones, de su/s posición/ones en un sistema, de su inconsciente, de las prácticas en que se embarca/n, etc., en fin, si se relativiza en alguna medida el conocimiento, no se puede, a renglón seguido, decir que, «a

pesar de ello» (!), el mundo existe en sí y por sí. *Eso es una contradicción de términos*: o depende...o no depende. No hay punto medio. No se puede ser *medio* antirrepresentacionista, *un poco* constructivista, *una pizca* construccionista. O se adhiere radicalmente (...), a alguna forma de «homomensurismo»/idealismo/ kantismo y se niega la posibilidad de afirmar que hay un mundo «ahí fuera», independiente de nosotros/as y de lo que digamos de él o se es objetivista/representacionista (y se cree lo contrario: que el mundo existe en sí y que podemos conocerlo tal cual es). (Bassi, 2015, p. 105)

Dejo planteado los términos del debate. No es este el espacio para desarrollar mi propia postura. Solo señalaré que, a diferencia de Bassi, pienso que el intento de resolver de modo taxativo la tensión entre representacionismo y no representacionismo, inclinándose por alguna de estas dos opciones en desmedro de la otra, resulta más bien limitador. Pienso que el desafío es lograr hacer que la tensión creativa entre los elementos claves de ambas miradas permita el logro de comprensiones más profundas.

¿Qué nos aporta ir más allá del realismo ingenuo?

Mi objetivo con todo lo previo ha sido dar algunas pistas para la reflexión acerca del tema de la relación conocimiento-realidad. Más allá de las importantes diferencias entre las perspectivas epistemológicas que señalé, me parece claro que una mirada crítica al realismo ingenuo nos permite aproximarnos de otra manera a los conceptos científicos, y a los de la psicopatología, con consecuencias interesantes y, a mi entender, valiosas. A continuación, haré una enumeración esquemática de las consecuencias positivas que, en mi opinión, hace posible una mirada más compleja del conocimiento que la ofrecida por una mirada realista ingenua de tipo positivista. Ello lo haré desde mi propia perspectiva, más cercana al realismo crítico, pero, en lo fundamental, lo planteado sería suscrito, en general, aunque con otros énfasis, desde diversas perspectivas no representacionistas. Trascender el realismo ingenuo permite:

1) Visualizar que los conceptos que usamos son dependientes de los lentes de observación que estamos empleando, que no son solo el reflejo

de “cosas allí afuera”, o, al menos, que no son solo eso. Reconocer que la realidad que captamos con nuestros conceptos no es un simple reflejo de esta nos permite preguntarnos por cómo se construyen esos conceptos, por los factores que inciden en ello, por la forma cómo se validan esas observaciones.

2) Comprender que el lenguaje no solo describe realidades, sino que ayuda a configurarlas, es “performativo”. Los hechos, son, en algún grado *hechos* (construcciones). Es más, hay realidades que solo son posibles porque las hemos construido socialmente: el matrimonio es una realidad social que solo existe porque los seres humanos hemos acordado darle un valor particular a un determinado acto; un papel deja de ser solo tal, cuando las personas le asignamos propiedades particulares y lo significamos como dinero; Chile no existía antes de que fuera reconocido como tal. Podemos discutir si los problemas de salud mental, la violencia, el abuso sexual existían antes de que esos fenómenos fueran considerados de esa manera, pero claramente el matrimonio, el dinero y Chile no existían antes de ser reconocidos como tales por quienes lo conformaron. En cambio, a menos que suscribamos alguna forma muy extrema de anti-representacionismo, podemos considerar que las estrellas sí existían antes de que fueran reconocidas como tales por los seres humanos (existían, sí, aunque ¿puede existir una estrella, en tanto estrella, sin que exista la idea de estrella?, ¿qué hace que esta mesa que está frente a mí, con la que me golpeado, sea una mesa?).

3) Reconocer que algunos conceptos tienen efectos en las propias realidades que describen, las que se modifican por su propia caracterización de acuerdo a los significados atribuidos. Ello sucede, en particular, con las “realidades sociales”, en oposición a las “materiales”. Plutón no se ve modificado por la discusión de si lo consideramos o no un planeta; en cambio, el valor de un papel se modifica según si lo consideramos dinero falso o no. Más importante: el comportamiento humano se ve modificado por los conceptos que usamos para describirlo. Las ideas de qué es la adolescencia han ayudado a construir el modo de existir adolescente. Cada atributo identitario tiene efectos (polola, hombre, lesbiana, uruguayo, alcohólico, presidente, esquizofrénico, etc.). Es más, ideas o conceptos “falsos”, inexistentes, pueden tener efectos poderosos como

sentencia el llamando “teorema de Thomas” (1923, p. 571): “si los hombres definen ciertas situaciones como reales, ellas acaban siendo reales en sus consecuencias”.

Es interesante destacar que el hecho de que ciertas realidades no sean físicas y que sean sociales y dependientes del lenguaje humano no significa que no sean realidades. Ese es un punto muy destacado por John Searle, que es quien ha acuñado el término “realidad social”. Searle es un realista decidido (hay mucha ambigüedad en el uso del término realidad: Searle lo usa, igualmente a como lo hemos hecho en este texto, para referirse a algo que existe con independencia de quien lo describa): Chile, nuestra familia, existen, aunque solo puedan existir en tanto tales por nuestras distinciones lingüísticas. Parte sustantiva de la realidad en que vivimos no es física, sino que son entidades a la que los seres humanos le damos existencia a través del lenguaje, pero no por ello dejan de ser reales. Una universidad es una entidad real, aunque materialmente solo existe la infraestructura de la universidad, pero la universidad, en sí misma, es un objeto intangible, una realidad social y no material. Un tema de discusión, que ya he mencionado, es qué tan independiente del lenguaje es la realidad física, en qué grado y forma depende parcialmente del lenguaje ¿tienen los átomos una existencia independiente, en tanto átomos, de quien los describe como tales? Aunque sea difícil dudar de lo real de la energía atómica después de Hiroshima.

4) Ampliando las implicaciones de lo señalado en el punto anterior, la consideración de que las distinciones que hacemos ayudan a configurar el mundo en que vivimos, nos hace sensibles a los efectos que tiene su empleo. No tendría tanto sentido hablar de una cultura del déficit, como hace Gergen a propósito de la proliferación del uso de categorías diagnósticas en las sociedades humanas, si las categorías diagnósticas se refirieran a fenómenos “objetivos”, a trastornos que están en las personas, que existieran al margen de que sean o no identificados como tales. Si los trastornos fueran realidades objetivas al margen de nuestras distinciones, tendría menos sentido analizar si la continua distinción de nuevos trastornos puede tener efectos iatrogénicos paradójales. Pero si esas distinciones son, al menos en parte, responsables de la forma como se nos ofrece la realidad, entonces, sí vale la pena analizar las consecuencias de las distinciones que estamos privilegiando.

Aplicando estas consideraciones a los trastornos mentales, podemos concluir que el lenguaje del trastorno mental es una forma de describir ciertas manifestaciones humanas. También, desde luego, lo es el término más amplio que he preferido de problemas psicológicos, pero centraremos la atención en la noción de trastorno mental, pues es la dominante en la psicopatología actual. Las descripciones no son neutrales: qué se toma en cuenta al describir contribuye a configurar el fenómeno descrito. “La denominación de los trastornos mentales ha evolucionado a lo largo del tiempo porque la lente de la atención cultural extrae las figuras del fondo de muchas maneras distintas. Podemos ver elefantes en las nubes si los buscamos, pero también podríamos encontrar ballenas o pingüinos si se ajustasen más a nuestras ideas preconcebidas; no es necesario que la nube cambie para que la gente vea en ella diferentes formas. La diagnosis psiquiátrica consiste en ver algo que existe, pero a través de un patrón perfilado por lo que esperamos ver” (Frances, 2013, p. 58).

Marino Pérez señala que los trastornos mentales existen pero no como realidades naturales. El tema fundamental sería darse cuenta de los procesos culturales, sociales, epistemológicos, tecnológicos, por los que llegan a ser construidos. Dice Pérez que los trastornos mentales son la forma como, en la sociedad contemporánea, son conceptualizados, enfrentados y canalizados los problemas de la vida: “La cuestión es que el clínico se haga cargo de los procesos en virtud de los cuales las figuras clínicas se establecen en el mundo cotidiano, adquieren facticidad y moldean el conocimiento tanto de los pacientes como de los profesionales e investigadores” (Pérez, 1999, p. 42). Es crucial esta observación de Pérez: como muestra, los trastornos mentales no serían solo una construcción lingüística sino social.

Ahora bien, los conceptos, todos los conceptos, son inevitablemente construcciones sociales y lingüísticas humanas. Eso no los invalida. Es la naturaleza de esas construcciones el punto crítico que permite diferenciar entre los conceptos más pertinentes y los menos pertinentes. Los conceptos científicos son, también, construcciones. Se legitiman no por su objetividad o por ser verdaderos sino porque logran ser considerados válidos por las comunidades científicas, satisfaciendo los criterios de validez de estas comunidades (Maturana, 1996).

En el caso de los trastornos mentales, tal como son concebidos hoy, las críticas de Gergen y Pérez son radicales: esas construcciones toman

un vestuario científico pero no son científicas. En el fondo, los trastornos mentales no serían lo que se piensa que son.

Gergen y Pérez, renovando viejos planteamientos, plantean un aspecto decisivo: el cuestionamiento a considerar los trastornos mentales como realidades naturales y su énfasis en que se trata de construcciones. Pero este es un punto que requiere un análisis mayor. Está pendiente analizar qué tipo de construcciones de los problemas psicológicos serían “legítimas” y “científicamente válidas” y cuáles serían construcciones sin destino ni sustento. Para insistir, en consecuencia, la crítica a la actual conceptualización dominante de los trastornos mentales no es a que esta conceptualización sea una construcción sino a la naturaleza de esa construcción. Puesto en positivo, las preguntas pendientes de responder son: ¿qué características debiera tener la construcción de una conceptualización de los problemas psicológicos para la podamos considerar apropiada? ¿qué rol puede tener en esa conceptualización, si es que ha de tener algún rol, la idea de trastorno mental?

Allen Frances se plantea este tema haciendo una analogía entre tres concepciones epistemológicas por parte de un árbitro de béisbol. Dejo a Frances explicar por sí mismo su analogía a continuación:

La mayor parte de la epistemología se reduce a sus opiniones opuestas sobre cómo podemos percibir la realidad.

Primer árbitro: «Hay bolas y hay strikes y los señalo como son».

Segundo árbitro: «Hay bolas y hay strikes y los señalo como los veo».

Tercer árbitro: «No hay bolas ni strikes hasta que yo los señale».

El árbitro 1 cree que los trastornos mentales son auténticas «enfermedades»; el árbitro 3 que son «mitos» fantasiosos; el árbitro 2 que son algo intermedio: conceptos útiles que no proporcionan nada más (ni nada menos) que la mejor hipótesis para solucionar los trastornos psiquiátricos. El árbitro 1 confía en nuestra capacidad para detectar la verdadera esencia de las cosas. Para él, el trastorno mental revelará pronto sus secretos a través del estudio científico. Este optimismo era compartido por la mayoría de los psiquiatras biológicos hasta hace unos quince años, pero, a excepción de unos pocos irreductibles, se está desvaneciendo rápidamente. Miles de millones de dólares en investigación no han conseguido aportar pruebas convincentes de que cualquier trastorno mental sea una dolencia diferenciada con una causa unitaria. Se han «encontrado» docenas de genes candidatos dife-

rentes, pero, según estudios posteriores, han resultado ser un fiasco. Los trastornos mentales son demasiado heterogéneos en cuanto a su presentación y a su causalidad como para ser considerados simples dolencias; en cambio, cada uno de los trastornos definidos acabará resultando en muchas enfermedades diferentes. Al menos de momento, el árbitro ha señalado strikes. El árbitro 3 presenta exactamente la visión opuesta, la duda escéptica y solipsista de que el hombre pueda llegar a aprehender la proteica realidad y apreciar las cosas como realmente son. Sostiene que los trastornos mentales no son más que «mitos» arbitrarios y a veces perniciosos que limitan injustamente la libertad de elección de los pacientes psiquiátricos. Le preocupa la resbaladiza pendiente que podría llegar a extenderse a otros grupos vulnerables. De hecho, hay motivos para esta preocupación; actualmente se abusa de los diagnósticos psiquiátricos para encarcelar a violadores en EE.UU. y a los campesinos que protestan por la corrupción en China, y antes sirvieron de excusa para hospitalizar a los disidentes políticos en la Unión Soviética. Por supuesto, es indispensable evitar el abuso de la psiquiatría al servicio de intereses legales o políticos, pero el árbitro 3 exagera sus argumentos. Los trastornos mentales no son mitos. A pesar de no tratarse de una enfermedad definida (por ejemplo, un tumor cerebral o un derrame), la esquizofrenia provoca una dolencia profunda y prolongada, es decir, angustia e incapacidad. Los patrones en que se presenta son claramente reconocibles, pueden diagnosticarse de manera fiable, se dan en familias, tienen correlación en los escáneres cerebrales, un curso predecible, y responden a tratamientos específicos. Para quienes la sufren y sus allegados, la esquizofrenia es claramente real y no se trata de una invención psiquiátrica. El árbitro 2 es el que más se aferra a la esquiva realidad, lo cual resulta paradójico, ya que entiende y acepta que solo podemos conocerla de manera parcial. Desde luego, la realidad es «proteica», cambia constantemente y es difícil de aprehender. Sin duda, hay una brecha enorme entre cómo son las cosas realmente y cómo las percibimos, y no solo en psiquiatría. Solamente el 4 % del universo conocido puede detectarse directamente por nuestros sentidos; el resto es energía y materia «oscura». El mundo cuántico es tan fantásticamente discordante del nuestro que ni siquiera los físicos que pueden predecir matemáticamente cada característica del mismo son capaces de encontrar una manera intuitiva de relacionarse con él ¿Cómo es posible que la luz sea una onda que de repente se transforma en una partícula justo cuando decidimos mirarla de una manera determinada? La esquiva realidad no desanima al árbitro 2. No tenemos que percibir o comprender plenamente la naturaleza subyacente de nuestro mundo para gestionarlo bien. Nuestros sentidos y nuestra ca-

pacidad de razonamiento han evolucionado como lo han hecho porque funcionan bien en el asunto cotidiano y no filosófico de la supervivencia. Los conceptos mentales de realidad son imperfectos pero indispensables, son formas de organizar los desconcertantes fenómenos del mundo. El árbitro 2 «los señala como los ve». Los trastornos mentales no son enfermedades reales como le gustaría al árbitro 1, pero tampoco son los peligrosos mitos que teme el árbitro 3. En cambio, sigue un tipo realista de pragmatismo utilitarista. Su mirada de árbitro se fija en lo que funciona mejor; no le distrae el reduccionismo biológico ni la duda racionalista. Acepta que constantemente elaboramos percepciones y encontramos significados temporales útiles, pero nunca exactos del todo. Nuestra clasificación de trastornos mentales no es más que una recopilación de conceptos falibles y limitados que tratan sin éxito de encontrar la verdad, pero actualmente sigue siendo la mejor manera de expresar, tratar e investigar los trastornos mentales. La esquizofrenia es un concepto útil, no un mito ni una dolencia. Es la descripción de una serie determinada de problemas psiquiátricos, no una explicación de sus causas. Algún día tendremos un conocimiento mucho más exacto y formas más precisas de describir estos mismos problemas. Pero, por ahora, la esquizofrenia es muy valiosa en nuestro trabajo cotidiano. Lo mismo sucede con el resto de los trastornos del DSM. Está bien conocer y utilizar las definiciones del DSM, pero no cosificarlas o venerarlas. (2014. pp. 26-28)

El primer árbitro es positivista. El segundo árbitro puede ser considerado post-positivista, realista crítico o construccionista débil. El tercer árbitro suscribe alguna forma de epistemología no representacionista fuerte. Esta analogía de Frances entre las epistemologías y los árbitros es de interés, pero no debe ignorarse que su propia opinión se condice con la postura del árbitro 2. En mi opinión, hay dos trampas en esta analogía, por lo demás didáctica y atractiva. Por una parte, no es correcto que ser sensible al significado y profundidad que pueden tener los problemas psicológicos y reconocer “su realidad” implique que la única forma de conceptualizarlos sea a través de la idea de trastorno mental. El sufrimiento que denominamos mental o psicológico existe (otra es cosa es cómo le denominemos), puede ser muy severo y limitador de la vida, y puede perturbar severamente las relaciones sociales de una persona, pero ello no implica que su mejor entendimiento sea, necesariamente, a través de la idea de trastorno mental, menos a través de la idea médica de trastorno mental dominante.

La segunda trampa es que asume que los trastornos mentales, tal como son hoy descritos y caracterizados, son categorías útiles y las mejores que podemos tener en el presente. No es claro que estas categorías sean útiles, no al menos todas ellas, y es probable que enfoques alternativos a muchos de los fenómenos que hoy caracterizamos como ejemplos de algún trastorno determinado nos abran posibilidades de comprensión y acción más amplias. Y eso no es para el futuro: tal vez en el presente algunas de las categorías diagnósticas al uso, como la propia de esquizofrenia que el autor utiliza como ejemplo, resulten más oscurecedoras que iluminadoras.

Una última reflexión antes de terminar este capítulo y libro. Como espero haber ido mostrando, el trasfondo del debate de cómo entender los problemas psicológicos no es solo una cuestión teórica sino con implicancias políticas, en el sentido de que este entendimiento guía la acción. En palabras de Franco Rotelli, un continuador del proyecto de psiquiatría democrática en que la obra de Franco Bassaglia tuvo centralidad, "... el mal oscuro de la psiquiatría está en haber separado un objetivo ficticio, 'la enfermedad', de la existencia global de los pacientes y del cuerpo o tejido de la sociedad. Sobre esta separación artificial se ha construido un conjunto de aparatos científicos, legislativos o administrativos (las instituciones, precisamente), todos referidos a la enfermedad. Es este conjunto lo que es preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar contacto con la existencia de los pacientes, en tanto que existencia enferma" (Rotelli, de Leonardis y Rotteli, 1987, p. 171). Palabras lejanas en el tiempo pero todavía valiosas para pensar el presente.

Dada la naturaleza tan amplia del tema de este capítulo y que en forma tan escueta pude tratar, señalaré algunas pocas lecturas que creo especialmente valiosas para los lectores interesados en esta discusión.

Lecturas recomendadas

1) El libro *Formulación de proyectos de tesis en ciencias sociales. Manual de supervivencia para estudiantes de pre- y posgrado*, de Javier Bassi, hace una didáctica y entretenida introducción a la epistemología en sus primeros capítulos, y no por entretenida es menos profunda. Fue publicado el año 2015 por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

2) A lo largo de este capítulo hice referencia a un capítulo de uno presente en uno de los libros de Keneth Gergen. El capítulo se denomina Las consecuencias culturales del discurso del déficit. Ese capítulo y el libro completo, *Realidades y relaciones*, publicado el año 1997 por Paidós, permite tener una mirada más completa de la propuesta del constructivismo social.

3) Casi todos los libros de Marino Pérez abordan, en algún grado, en forma incisiva y erudita, los aspectos epistemológicos y ontológicos ligados a la comprensión de los problemas psicológicos. Recomendaré tres especialmente relacionados con el tema de este capítulo y de este libro: 1) *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría*, publicado el año 2021 por Alianza. Sus primeros capítulos están dedicados al análisis crítico de qué es el conocimiento científico y tiene un capítulo en la última parte dedicado explícitamente a abordar qué son los trastornos mentales. 2) *La invención de los trastornos mentales*, del año 1997, publicado por Alianza, en coautoría con Héctor González, hace un recorrido crítico destinado a explicar la proliferación de diagnósticos de trastornos mentales, mostrando los factores que han incidido en sostener el modo de comprensión que está tras ese fenómeno. 3) *Más Aristóteles y menos Concerta* ®, publicado el 2018, por Ned Ediciones, analiza en profundidad uno de los diagnósticos de trastorno mental más frecuentemente utilizados en la actualidad, el trastorno por déficit atencional/hiperactividad, y muestra otras posibilidades de entender y de abordar qué es lo que sucede con las personas a las que se atribuye esta controversial categoría diagnóstica. En ese sentido, es una ejemplificación, aplicada a un trastorno específico, de las limitaciones del modelo médico habitual y de las alternativas de comprensión y de acción que se abren una vez que se le pone entre paréntesis.

GLOSARIO



Categorías residuales: Las clasificaciones diagnósticas agrupan a los distintos trastornos a los que se considera del mismo tipo en categorías genéricas. Por ejemplo, el DSM-5 distingue diversas categorías genéricas como *trastornos del neurodesarrollo*, *trastornos depresivos*, *trastornos ansiosos*, *trastornos relacionados con traumas*, entre varias otras. Dentro de cada categoría genérica están incluidos las categorías diagnósticas específicas, esto es, los distintos trastornos. Por ejemplo, en la categoría genérica *trastornos depresivos* están agrupados trastornos como el trastorno depresivo mayor, el trastorno disfórico premenstrual o el trastorno depresivo persistente —distimia—. Para la categoría trastornos depresivos hay dos categorías residuales, una llamada “*otros trastornos depresivos especificados*”, y otra llamada “*otros trastornos depresivos no especificados*”. Estas categorías residuales permiten adjudicar diagnósticos a problemas que se considera que son trastornos depresivos pero que no se corresponden con los criterios diagnósticos de ninguno de los trastornos incluidos en la categoría genérica. Otro ejemplo: la categoría genérica *trastornos de ansiedad* considera distintas categorías específicas de trastornos de ansiedad, como las *fobias específicas*, *el trastorno de ansiedad de separación* o *el trastorno de ansiedad generalizada*. Para la categoría genérica de trastornos de ansiedad, el DSM-5 propone dos categorías residuales de trastornos de ansiedad. Una a la que denomina “*otros trastornos de ansiedad especificados*” (aquí se incluyen los diagnósticos de trastornos de ansiedad que no corresponden a ninguno de los trastornos reconocidos como trastornos de ansiedad, pero se especifica su naturaleza, por ejemplo, trastorno de ansiedad generalizada donde las preocupaciones no se presentan con la frecuencia exigida en los criterios diagnósticos), y otra de “*otro trastorno de ansiedad no especificado*” (para diagnósticos de trastornos de ansiedad para los que no se indica a

qué trastorno particular de ansiedad podría estar cercano ni cuáles son los criterios específicos que no satisfacen).

Confiable, confiabilidad: Término aplicable a los conceptos y a los instrumentos de medida. Hay distintas formas de confiabilidad. Lo que subyace a ellas es que el concepto o medida sea reproducible. Un test es confiable si da el mismo resultado en diversas mediciones —obviamente, si es que el fenómeno no ha cambiado (un test de embarazo que a las 10 horas me da un resultado positivo y a las 11 horas me da uno negativo no es confiable, porque en ese lapso la condición de embarazo no cambia habitualmente; en cambio, un termómetro que arroja una temperatura a las 10 horas y otra a las 11 horas no necesariamente no es confiable). En relación al uso de las categorías diagnósticas, la confiabilidad apunta a que distintos profesionales lleguen a la misma conclusión al evaluar a una persona y aplicarle una categoría diagnóstica (si el profesional A evalúa y concluye que es una bulimia nerviosa y el profesional B que es un trastorno por atracón, y el C que es una anorexia, no es confiable el diagnóstico). Si una condición se supone que es estable (un trastorno de personalidad, por ejemplo) y se le diagnostica un trastorno de la personalidad a una persona, y tres meses más tarde ya no se le diagnostica lo mismo, eso podría hacer sospechar de la confiabilidad de ese diagnóstico. Si un concepto o medida no es confiable, es imposible que sea válida (ver más abajo definición de validez). Pero si un concepto o medida es confiable, no necesariamente es válida. La confiabilidad es así condición necesaria, pero no suficiente, de la validez.

Diagnóstico diferencial: Es el acto de sopesar si otros diagnósticos podrían estarse confundiendo con un diagnóstico particular, de analizar si ellos podrían ser una mejor explicación de lo que le sucede a una persona. Por ejemplo, en un adulto mayor que tiene cambios acentuados en su estado de ánimo y que ahora está más irritable y desganado, dos diagnósticos posibles que deben ser analizados diferencialmente son: trastorno depresivo mayor y alguna forma de trastorno cognitivo (alguna forma de demencia). Podría pensarse fácilmente que es uno cuando el otro puede ser, finalmente, una mejor explicación. Ello no excluye, como ya hemos destacado, que no siempre los diagnósticos son opcionales y que puede aplicarse más de una categoría a una persona (la mencionada “comorbilidad”).

Disfunción cerebral mínima: Este concepto es uno de los antecesores de lo que hoy se denomina trastorno por déficit atencional/hiperactividad

en el DSM o trastorno hiperactivo en la CIE. Niños y niñas con comportamientos de extrema inquietud e impulsividad, con problemas de aprendizajes no debidos a una discapacidad intelectual global fueron considerados bajo esta conceptualización.

Epistemología: Este término se usa en al menos tres acepciones. 1) Como sinónimo de filosofía del conocimiento o gnoseología. 2) Como sinónimo de filosofía de la ciencia. 3) Para aludir a una cosmovisión implícita que subyace a una determinada forma de pensar y actuar en un momento determinado. En esta acepción, se le puede relacionar con la concepción de paradigma de Kuhn, de trasfondo, de Searle, entre otras.

Iatrogénico: Alude a daños que son generados en el contexto de brindar ayuda o de buscar hacer algo positivo. Se usa en el campo de la salud. Si en el intento de intentar sanar, se le genera un daño al otro, ese sería un daño iatrogénico (por ejemplo, una infección iatrogénica es una infección que se contagia en el hospital alguien que está hospitalizado por otra causa).

Modelo cognitivo: El modelo cognitivo más conocido es el modelo de la depresión de Beck. Un antecedente del desarrollo de este modelo fueron los estudios de Beck (quien tuvo formación como psicoanalista) de sueños de personas deprimidas. Desde las teorías psicoanalíticas de la depresión, él esperaba encontrar en los sueños hostilidad latente, que supuestamente era la que volvía contra la persona en la depresión. Sin embargo, los sueños eran de desmoralización, de experiencia de pérdida y fracaso. A partir de allí, Beck propuso que la depresión sería resultado de la presencia de esquemas cognitivos depresógenos, esquemas que contendrían actitudes disfuncionales. Los esquemas los entiende como modos mentales de organizar las experiencias ya vividas que a vez influyen en cómo se percibe y organizan las actuales experiencias. En las personas deprimidas estas actitudes disfuncionales estarían siempre presentes pero, a veces, en forma más latente y, en otras, más activa. Una vez “activadas” harían que las personas procesen sus experiencias de modo sesgado hacia lo negativo. Estos sesgos serían resultado de errores en el procesamiento de sus experiencias. Ejemplos de estos “errores cognitivos” serían atender y seleccionar de las experiencias fundamentalmente lo negativo, minimizar lo positivo y generalizar lo negativo, personalizar (atribuirse a sí mismo malos resultados de experiencias que no dependen del propio actuar), y pensar de modo dicotómico (un fracaso lo inunda todo, no hay matices). Estas actitudes disfuncionales serían el resul-

tado de experiencias de vida y del modo como han sido procesadas por las personas y se tenderían a activar por adversidades que las personas vivan, llevando a un empleo masivo de los errores cognitivos indicados que culminarían en la “tríada depresiva”, antecedente inmediato de la depresión: una percepción negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Es y ha sido objeto de largo debate en qué medida las actitudes disfuncionales propuestas por Beck son, efectivamente, antecedentes causales de la depresión o son más bien correlatos de ella.

La teoría cognitiva de la depresión de Beck inspiró un desarrollo notable de modelos cognitivos de explicación tanto de la propia depresión como de otros problemas psicológicos. Algunos de estos modelos fueron propuestos también por el propio Beck y colaboradores (por ejemplo, modelos cognitivos de la ansiedad, de los trastornos de personalidad, de las psicosis), pero el campo es hoy amplísimo y existe una amplia diversidad de modelos cognitivos de la psicopatología.

Neuroticismo: Hans Eysenk planteó que existirían tres rasgos básicos de personalidad: 1) neuroticismo-estabilidad emocional 2) extraversión-introversión 3) psicoticismo-no psicoticismo (este último fue un mal nombre, porque, más que con psicoticismo propiamente, se relaciona con agresividad y hostilidad interpersonal, “rudeza”). Por cierto, hay un aire de familia entre neuroticismo entendido como esta tendencia a experimentar emociones negativas intensas y frecuentes y el concepto de neurosis freudiano, que alude a la presencia de dificultades emocionales debidas a conflictos no resueltos, pero la similitud es solo superficial, dada por la presencia de emociones negativas.

Neurosis: Si bien es un término que tiene un origen neurológico (de allí viene eso de relacionar “nervios” con ansiedad), fue el psicoanálisis el que popularizó el término neurosis. En la perspectiva psicoanalítica clásica tiene que ver con los resultados del conflicto psicológico interno que genera diversas dificultades emocionales, comportamientos erráticos, etc. Hoy, cuando se usa el concepto, es, habitualmente, para referirse de modo genérico a la presencia de dificultades psicológicas no particularmente severas, en las que suele estar presente la ansiedad. En los sistemas clasificatorios dominantes en la actualidad (DSM, CIE) la neurosis ha desaparecido, pero está relacionada con lo que estos sistemas denominan trastornos ansiosos, trastornos de síntomas somáticos y con algunos trastornos depresivos, entre otros.

Para forma estables de neurosis, y habitualmente más graves, el psicoanálisis ha utilizado el término *neurosis del carácter*. Estas neurosis del carácter están relacionadas con lo que los sistemas clasificatorios actuales denominan trastornos de personalidad.

Psicología evolucionista o evolucionaria: La psicología evolucionista trata de entender cómo el comportamiento humano se ve influido por las disposiciones psicobiológicas configuradas por la forma como fue “evolucioando” nuestra especie. Utiliza el marco conceptual derivado de la teoría de la selección natural de Darwin. A veces se la denomina psicología evolutiva pero está el riesgo de que se la confunda con la psicología del desarrollo, que antes era denominada psicología evolutiva. La sociobiología es un antecedente de la perspectiva de la psicología evolucionista y está asociada a la obra de O. Wilson.

Psicosis: Implica “pérdida del juicio de realidad”. El mundo experiencial de la persona está afectado de modo que no percibe adecuadamente la diferencia entre el mundo propio y el externo, observándose alucinaciones, delirios y un comportamiento perturbado en forma significativa. Típicamente, la esquizofrenia (¿las esquizofrenias?) es considerada el mejor ejemplo de un “trastorno psicótico”. La psicosis alude, en general, a problemas que implican mayor gravedad que la neurosis (en las neurosis no hay pérdida del juicio de realidad). En formas graves de depresión pueden presentarse “síntomas” psicóticos”; también en los “episodios maníacos”. Los “trastornos delirantes”, por definición, son considerados trastornos psicóticos.

Es importante no confundir psicosis y psicopatía. La psicopatía actualmente es la denominación que se emplea para referirse a personas con graves alteraciones del juicio moral y de la capacidad de empatizar con el sufrimiento ajeno. Antes se hablaba de distintas formas de psicopatía y la que se describió recién era solo de una de ellas, pero hoy el término psicopatía se utiliza solo para lo recién señalado. Algunas personas —no todas— que “tienen” un “trastorno de personalidad antisocial” pueden ser consideradas psicópatas.

Resilientes, resiliencia: Puede ser entendida como lo opuesto a vulnerabilidad. Implica la ausencia de consecuencias negativas frente a eventos adversos. Aunque existe una tendencia de muchos autores a centrarse en los factores individuales que la favorecen, la resiliencia, ampliamente entendi-

da, no es ni un atributo ni una capacidad individual. Es el *resultado* de la acción de factores individuales y sociales de protección que hacen que una persona no experimente consecuencias negativas tras experimentar eventos adversos.

Trastornos bipolares: Dentro de los denominados “trastornos del estado de ánimo” o “trastornos afectivos” se han distinguido, desde el DSM-III en adelante, dos clases de trastornos. Una clase corresponde a los trastornos del estado de ánimo, donde la presencia de alguna forma de “síndrome depresivo” es un elemento central de los criterios diagnósticos. El ejemplo paradigmático es el trastorno depresivo mayor. La otra clase corresponde a los “trastornos bipolares”, donde hay presencia de estados de exaltación anímica denominados manía o hipomanía (en las convenciones actuales, la presencia de manía o hipomanía por sí misma ya justifica hablar de bipolaridad, al margen de la existencia, o no, de episodios depresivos). Los trastornos bipolares reciben este nombre porque se estima que es frecuente que las personas que presenten o hayan presentado episodios maníacos o hipomaníacos presenten también episodios depresivos. La profusión del diagnóstico de bipolaridad en las últimas décadas es un aspecto altamente controversial y preocupante.

Trastorno mixto ansioso-depresivo: El trastorno mixto ansioso-depresivo es la categoría diagnóstica que define a las personas que sufren tanto de experiencias depresivas y ansiosas pero en que ninguna de ellas predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar su diagnóstico específico. Pueden imaginar lo fácil que es satisfacer estos criterios. No es un trastorno oficial en el DSM-5, sí en la CIE-11 (si la “sintomatología” ansiosa, depresiva o mixta obedece a un estresor identificable y no alcanza la magnitud para calificar como trastorno ansioso o depresivo en sentido propio, entonces la categoría diagnóstica que le corresponde, de acuerdo al DSM, es “trastorno de adaptación”).

Umbrales diagnósticos: Se refiere al “nivel de exigencia” que consideran los criterios diagnósticos para establecer que un trastorno está presente. El nivel de exigencia puede aumentar cuando se establecen más criterios, cuando un criterio exige más “síntomas” para indicar que está cumplido o cuando aumenta la frecuencia o tiempo en que éstos deben estar presentes. Se observa una disminución en los umbrales diagnósticos en las ediciones más nuevas de los manuales clasificatorios y diagnósticos.

Un problema para fijar umbrales diagnósticos es que ellos tampoco pueden ser muy exigentes en algunos aspectos porque se volverían inútiles. Por ejemplo, se estima que el curso (la duración) promedio habitual de un trastorno depresivo mayor es de seis meses (esto es muy relativo). Los criterios diagnósticos establecen solo dos semanas, lo que es, aparentemente, un tiempo absurdamente breve. Nadie considera apropiado pensar que trastorno depresivo mayor es un diagnóstico apropiado para una dificultad que se extiende por solo dos semanas. Los redactores del DSM tampoco piensan eso. Pero ampliar ese tiempo excesivamente podría significar que hubiera que posponer los diagnósticos un tiempo largo antes de poder realizarlos, lo que los haría inútiles para los fines que se les quiere dar (Imaginemos que se fija en seis meses el umbral. Alguien consulta porque lleva dos meses con sintomatología depresiva clara: habría que decirle “vuelva en cuatro meses para saber si lo suyo es un trastorno depresivo mayor”). En contrapartida, téngase presente que ello significa que los criterios diagnósticos permiten hacer diagnósticos de personas que presentan un problema en forma menos grave a lo que se considera habitual y característico de ese trastorno.

Validez: Tiene que ver con la pertinencia y significado de los conceptos y mediciones. Cuando se usa para medidas, se refiere a que estas midan lo que se supone que miden. Aplicado a las categorías diagnósticas, implica que hay indicadores de que ese diagnóstico (por ejemplo, trastorno distímico) significa algo, ya sea porque predice algo, indica que el fenómeno se diferencia bien de otro (de un trastorno de ansiedad generalizada, por ejemplo), tiene una causalidad distinguible, una forma de darse y evolucionar que le es característica, una forma propia de responder a los tratamientos, etc. O sea, hay pruebas de que valga la pena considerarlo como una entidad en sentido propio. El indicador soñado de validez en el modelo médico sería encontrar un patrón biológico distintivo y propio de cada trastorno.

Vulnerables, vulnerabilidad: Es una mayor probabilidad de presentar una consecuencia negativa frente un evento adverso. Este incremento de la probabilidad puede ser debido a factores individuales (de origen genético o resultado de experiencias vitales) o sociales (por ejemplo, una red de apoyo más débil).

REFERENCIAS



- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Prentice Hall.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ta edición. Ed. Panamericana.
- Bassi, J. (2015). *Formulación de proyectos de tesis en ciencias sociales. Manual de supervivencia para estudiantes de pre- y posgrado*. Facso.
- Bentall, R. (2011). *Medicalizar la mente ¿sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Herder.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Bronfenbrenner, U. y Morris, P. (2006). The bioecological model of human development. En R. Lerner y W. Damon (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 793-828). Wiley & Sons.
- Cova, F. (2021). ¿Problemas de salud mental o trastornos mentales? Una distinción ilusoria. *Praxis Psy*, 22(36), 21-35.
- Clark, L.A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Crespo, J. y Machin, R. (2020). Medicalization in public primary mental health care services in Chile. *Social Theory & Health*, 1-22.
- Cromby, J., Harper, D. y Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress*. Palgrave Macmillan.
- Deacon, B. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychological Review*, 33(7), 846-861.
- First, M. B. y Wakefield, J. C. (2013). Diagnostic criteria as dysfunction indicators: bridging the chasm between the definition of mental disorder and diagnostic criteria for specific disorders. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 58(12), 663-669.

- Foucault, M. (1986). *Las palabras y las cosas*. Siglo XXI (original en francés de 1966).
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Madrid: Ariel.
- Gergen, K. (1997). La Cultura del Déficit. En *Realidades y relaciones* (p. 163-207). Paidós.
- González, H. y Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Alianza Editorial.
- Gray, P. y Bjorklund, D. (2014). *Psychology (7th ed)*. Worth Publishers.
- Johnstone, L. y Boyle, M. (2019). El marco de poder, amenaza y significado: un sistema conceptual no diagnóstico alternativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 155-173.
- Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. FCE. Original en inglés de 1962.
- Maguire, E. A., Gadian, D. G., Johnsrude, I. S., Good, C. D., Ashburner, J., Frackowiak, R. S., & Frith, C. D. (2000). Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 97(8), 4398-4403.
- Maturana, H. (1996). *I. Fundamentos biológicos de la realidad. La realidad ¿objetiva o construida?* Anthropos.
- Maturana, H. (2001). Biología de lo psíquico. En *El sentido de lo humano* (p.183-198). Dolmen.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. Oxford University Press.
- Llewellyn, C. H., Trzaskowski, M., Plomin, R., & Wardle, J. (2013). Finding the missing heritability in pediatric obesity: the contribution of genome-wide complex trait analysis. *International Journal of Obesity*, 37(11), 1506-1509.
- Lumey, L. H. (1998). Reproductive outcomes in women prenatally exposed to undernutrition: A review of findings from the Dutch famine birth cohort. *Proceeding of the Nutrition Society*, 57(1), 129-135.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Clasificación Internacional de las Enfermedades. 11 ed. <https://iccl.who.int>
- Pérez, M (1999). Psicología clínica e iatrogenesis. En J. Buendía (ed.), *Psicología Clínica* (p. 33-50). Pirámide.
- Pérez, M. (2011). *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura*. Alianza.
- Pérez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Pirámide.
- Pérez, M. (2021). *Ciencia y Seudociencia en Psicología y Psiquiatría*. Alianza.
- Pervin, L. (1996). *La ciencia de la personalidad*. McGraw-Hill.
- Read, J., Mosher, L. y Bentall, R. (2013). Schizophrenia is not an illness. En J. Read y J. Dillon. *Model of Madness* (2nd ed., pp. 3-8). ISPS.

- Read, J. y Sanders, P (2010). *A straight talking introduction to the causes of mental health problems*. PCCS Books.
- Rotelli, F., de Leonardis, O., & Mauri, D. (1987). Desinstitucionalización: otra vía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7(21), 165-188.
- Rutter, M. (1987). Temperament, personality and personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 150(4), 443-458.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2020). Psicopatología de la ansiedad y trastornos de ansiedad. Hacia un enfoque transdiagnóstico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de psicopatología* (pp. 3-34). Vol II. Mc. Graw-Hill.
- Searle, J. (2004). *La mente. Una breve introducción*. Norma.
- Segal, L. (1994). *Soñar la realidad. El constructivismo de Heinz von Foerster*. Paidós.
- Sherin, J. E., y Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(3), 263-278.
- Whitaker, R. (2011). *Anatomía de una epidemia* (Trad. de José Manuel Álvarez). Capitán Swing Libros.

ANEXOS



Criterios del DSM-5 para el TDAH

1. Falta de atención: Seis o más síntomas de falta de atención para niños de hasta 16 años de edad, o cinco o más para adolescentes de 17 años de edad o más y adultos. Los síntomas de falta de atención han estado presentes durante al menos 6 meses y son inapropiados para el nivel de desarrollo de la persona:
 - a. A menudo no logra prestar adecuada atención a los detalles o comete errores por descuido en las actividades escolares, en el trabajo o en otras actividades.
 - b. A menudo tiene problemas para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
 - c. A menudo pareciera que no escucha cuando se le habla directamente.
 - d. A menudo no cumple las instrucciones y no logra completar las actividades escolares, las tareas del hogar o las responsabilidades del lugar de trabajo (p. ej., pierde la concentración, se desvía).
 - e. A menudo tiene problemas para organizar tareas y actividades.
 - f. A menudo evita, le disgustan o se niega a hacer tareas que requieren realizar un esfuerzo mental durante un periodo prolongado (como las actividades o las tareas escolares).
 - g. A menudo pierde cosas necesarias para las tareas y actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, herramientas, billeteras, llaves, papeles, anteojos, teléfonos celulares).
 - h. A menudo se distrae con facilidad.
 - i. A menudo se olvida de las cosas durante las actividades diarias.
2. Hiperactividad e impulsividad: Seis o más síntomas de hiperactividad/impulsividad para niños de hasta 16 años de edad, o cinco o más para adolescentes de 17 años de edad o más y adultos. Los síntomas de hiperactividad/impulsividad han estado presentes durante al menos 6 meses al punto que son perjudiciales e inapropiados para el nivel de desarrollo de la persona:
 - a. A menudo se mueve nerviosamente o da golpecitos con las manos o los pies, o se retuerce en el asiento.

- b. A menudo deja su asiento en situaciones en las que se espera que se quede sentado.
- c. A menudo corre o trepa en situaciones en las que no es adecuado (en adolescentes o adultos puede limitarse a una sensación de inquietud).
- d. A menudo no puede jugar o participar en actividades recreativas de manera tranquila.
- e. A menudo se encuentra “en movimiento” y actúa como si “lo impulsara un motor”.
- f. A menudo habla de manera excesiva.
- g. A menudo suelta una respuesta antes de que se termine la pregunta.
- h. A menudo le cuesta esperar su turno.
- i. A menudo interrumpe a otros o se entromete (p. ej., se mete en conversaciones o juegos).

Además, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- B. Varios de los síntomas de falta de atención o hiperactividad/impulsividad se presentaron antes de los 12 años de edad.
- C. Varios de los síntomas se presentan en dos o más contextos (como en el hogar, la escuela o el trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).
- D. Hay indicios claros de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, escolar y laboral, o que reducen su calidad.
- E. Los síntomas no tienen una explicación mejor si se los asocia a otro trastorno mental (como trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad). Los síntomas no ocurren solo durante el curso de episodios de esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Especificación: Según los tipos de síntomas, pueden verse tres tipos (presentaciones) de TDAH:

Presentación combinada: Si se presentaron suficientes síntomas de ambos criterios, los de falta de atención y los de hiperactividad/impulsividad, durante los últimos 6 meses.

Presentación en la que predomina la falta de atención: Si se presentaron suficientes síntomas de falta de atención, pero no de hiperactividad/impulsividad, durante los últimos seis meses.

Presentación en la que predomina la hiperactividad/impulsividad: Si se presentaron suficientes síntomas de hiperactividad/impulsividad, pero no de falta de atención, durante los últimos seis meses.

Dado que los síntomas pueden cambiar con el paso del tiempo, la presentación también puede cambiar con el tiempo.

Prefacio de Michel Foucault de *Las palabras y las cosas*¹

Este libro nació de un texto de Borges. De la risa que sacude, al leerlo, todo lo familiar al pensamiento —al nuestro: al que tiene nuestra edad y nuestra geografía—, trastornando todas las superficies ordenadas y todos los planos que ajustan la abundancia de seres, provocando una larga vacilación e inquietud en nuestra práctica milenaria de lo Mismo y lo Otro. Este texto cita “cierta enciclopedia china” donde está escrito que “los animales se dividen en

- a] pertenecientes al Emperador,
- b] embalsamados,
- c] amaestrados,
- d] lechones,
- e] sirenas,
- f] fabulosos,
- g] perros sueltos,
- h] incluidos en esta clasificación,
- i] que se agitan como locos,
- j] innumerables,
- k] dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello,
- l] etcétera,
- m] que acaban de romper el jarrón,
- n] que de lejos parecen moscas»

En el asombro de esta taxonomía, lo que se ve de golpe, lo que, por medio del apólogo, se nos muestra como encanto exótico de otro pensamiento, es el límite del nuestro: la imposibilidad de pensar esto.

Así, pues, ¿qué es imposible pensar y de qué imposibilidad se trata? Es posible dar un sentido preciso y un contenido asignable a cada una de estas singulares rúbricas; es verdad que algunas de ellas comprenden seres fantásticos —animales fabulosos o sirenas—; pero justo al darles un lugar aparte, la enciclopedia china localiza sus poderes de contagio; distingue con todo cuidado entre los animales reales (que se agitan como locos o que acaban de romper el

¹ Foucault, M. (1986). *Las palabras y las cosas*. Siglo XXI (original en francés de 1966).

jarrón) y los que solo tienen su sitio en lo imaginario. Se conjuran las mezclas peligrosas, los blasones y las fábulas vuelven a su alto lugar; nada de inconcebible anfibia, nada de alas con zarpas, nada de inmunda piel escamosa, nada de estos rostros polimorfos y demoníacos, nada de aliento en flamas. Aquí la monstruosidad no altera ningún cuerpo real, en nada modifica el bestiario de la imaginación; no se esconde en la profundidad de ningún poder extraño.

Ni siquiera estaría presente en esta clasificación si no se deslizara en todo espacio vacío, en todo intersticio blanco que separa unos seres de otros. No son los animales “fabulosos” los que son imposibles, ya que están designados como tales, sino la escasa distancia en que están yuxtapuestos a los perros sueltos o a aquellos que de lejos parecen moscas. Lo que viola cualquier imaginación, cualquier pensamiento posible, es simplemente la serie alfabética (a, b, c, d) que liga con todas las demás a cada una de estas categorías.

Los trastornos de personalidad en la CIE-11

Es una categoría dimensionalizada, existiendo el TP leve, moderado y grave. La definición general es:

Alteración profunda de cómo un individuo experimenta y piensa sobre sí, los otros y el mundo, que se manifiesta en patrones mal adaptativos de la cognición, experiencia emocional, expresión emocional y conducta.

Los patrones mal adaptativos son relativamente inflexibles y están asociados con problemas significativos en el funcionamiento psicosocial que son particularmente evidentes en las relaciones interpersonales.

La alteración se manifiesta a través de un rango de situaciones personales y sociales (es decir, no está limitada a relaciones o situaciones específicas).

La alteración es relativamente estable en el tiempo y es de larga duración. Más comúnmente, el trastorno de personalidad tiene sus primeras manifestaciones en la niñez y es claramente evidente en la adolescencia.

Trastorno de personalidad leve: Existen problemas notorios en muchas de las relaciones interpersonales y en la ejecución de los roles ocupacionales y sociales esperados, pero se mantienen algunas relaciones y/o se llevan a cabo algunos roles.

Ejemplos: capaz de mantener, y tiene algún interés en mantener, algunos pocos amigos. Intermitente o frecuentemente, algunos conflictos con sus iguales, compañeros de trabajo y/o supervisores o, alternativamente, exhibe retraimiento, conducta aislada, pero, en cualquier caso, es capaz de mantener y querer mantener el empleo, si se dan oportunidades de empleo apropiadas. Tiene relaciones significativas con algunos miembros de la familia, aunque típicamente evita o tiene conflictos con otros. El trastorno leve de la personalidad típicamente no se asocia con daño significativo hacia sí u otros.

Trastorno de personalidad moderado: Existen problemas acentuados en la mayoría de las relaciones interpersonales y en la ejecución de roles ocupacionales y sociales esperados a través de un amplio rango de situaciones, que son suficientemente extendidas para comprometer a la mayoría en algún grado.

Ejemplos: capaz de mantener muy pocos amigos o tiene poco interés en mantener amistades. Regularmente presenta conflictos con sus pares, compañeros de trabajo y/o supervisores, o acentuado retraimiento y conducta de aislamiento que interfiere con su capacidad para funcionar constructivamente.

te en el trabajo o con los otros. Puede exhibir poco interés en y/o esforzarse en relación a empleos permanentes cuando se presentan oportunidades apropiadas de empleo. Puede tener como resultado una historia de cambios frecuentes de empleo. Ha entrado en conflictos, o a una notoria ausencia de, relaciones con muchos miembros de la familia.

El trastorno de personalidad moderado frecuentemente se asocia con una historia pasada y expectativa futura de daño a sí o a otros, pero no a un grado que cause daño duradero o coloque en riesgo la vida.

Ejemplos: ideación suicida recurrente o intentos de suicidio sin una clara expectativa de morir, episodios recurrentes de autoagresión sin una clara letalidad, conducta recurrente hostil y confrontacional, o episodios violentos ocasionales que comprometen solo destrucción menor de la propiedad (Ej., romper objetos) o agresión interpersonal tales como empujar, dar empujones o abofetear, que no son suficientes como para causar daños duraderos a los otros.

Trastorno de personalidad severo: Hay muchos problemas severos en el funcionamiento interpersonal que afectan todas las áreas de la vida. La disfunción social general del individuo es profunda y está ausente o gravemente comprometida la habilidad y/o la voluntad para llevar a cabo de modo generalizado roles ocupacionales y sociales.

Ejemplos: no tiene amigos, pero puede asociarse. Incapaz o sin deseos de mantener un trabajo regular debido a falta de interés o esfuerzo, dificultades interpersonales, o conducta inapropiada (ej., irresponsabilidad, explosiones afectivas, insubordinación), aun cuando estén disponibles oportunidades de empleo apropiados. Conflicto con o retraimiento de sus pares y compañeros de trabajo. Ausencia de relaciones familiares (a pesar de tener familiares vivos) o echadas a perder por conflictos significativos.

El trastorno severo de la personalidad habitualmente se asocia a una historia pasada y futura expectativa de daño importante hacia sí u otros que ha provocado daños duraderos o ha puesto en peligro la vida.

Ejemplos: intentos de suicidio con una clara posibilidad de morir, episodios de autoagresión con lesiones permanentes, desfiguración o deformación del individuo, episodios de destrucción severa de la propiedad como el incendiar una casa provocado por la ira, o episodios de violencia suficiente como para causar daño permanente a otros.

Aparte del diagnóstico de TP leve, moderado y severo, la CIE indica 5 rasgos especificadores que pueden ser considerados como descriptores adicionales del TP –ver tabla en la página siguiente- (Estos rasgos se relacionan en algún grado con los 5 Grandes; el más obvio es la afectividad negativa, que se relaciona con neuroticismo; los rasgos disociales se relacionan con “dureza” en los 5 G).

El único patrón distintivo de TP que la CIE considera es el patrón border-line (límitrofe), descrito en forma muy semejante a como el DSM-5 describe el TP límitrofe (No confundir con Organización Límitrofe, que es un concepto más amplio que TP límitrofe).

Rasgos especificadores de TP en la CIE-11

Rasgos de afectividad negativa.

El dominio rasgo de negatividad se caracteriza primariamente por la tendencia a manifestar un amplio rango de emociones perturbadoras, que incluyen angustia, rabia, autodesprecio, irritabilidad, vulnerabilidad, depresión y otros estados emocionales negativos, a menudo en respuesta a estresores percibidos o reales relativamente menores.

Rasgos disociales.

El núcleo del dominio de rasgos disociales reside en un desprecio por las obligaciones sociales y las convenciones y derechos y sentimientos de los otros. Los rasgos incluidos en este dominio incluyen callosidad, falta de empatía, hostilidad y agresión, rudeza, e incapacidad o falta de voluntad para mantener una conducta prosocial, a menudo expresada en una visión abiertamente positiva de sí mismo, categoría, y una tendencia a ser manipulativo o explotador.

Rasgos de desinhibición (relacionado con irresponsabilidad en los 5 G).

El dominio de rasgo de desinhibición se caracteriza por una tendencia persistente para actuar impulsivamente en respuesta a estímulos internos o ambientales inmediatos, sin tomar en consideración las consecuencias de largo plazo. Los rasgos en este dominio incluyen irresponsabilidad, impulsividad, no tomar en consideración los riesgos o consecuencias, distracción o imprudencia.

Rasgos anancásticos (anancástico es sinónimo de obsesivo, perfeccionista).

El núcleo del dominio de rasgos anancástico es un foco estrecho sobre el control y la regulación de la conducta propia y de los otros para asegurar que las cosas se conformen al ideal de las particularidades del individuo. Los rasgos en este dominio incluyen perfeccionismo, perseveración, constricción emocional y conductual, obstinación, deliberativo, ordenalidad, y preocupación por seguir las reglas y obligaciones contraídas.

Rasgos de distanciamiento.

El núcleo del rasgo de distanciamiento es la distancia emocional e interpersonal, que se manifiesta en un marcado aislamiento social y/o indiferencia hacia las personas, aislamiento con muy pocas o sin figuras de apego, incluyendo evitación de no solo de relaciones íntimas, sino también de amigos cercanos. Los rasgos en el dominio de distanciamiento incluyen lejanía o frialdad en relación hacia otras personas, reserva, pasividad y falta de asertividad, y una reducción de experiencias y expresión de emociones, hasta el punto de una capacidad disminuida para experimentar placer.

ESTE LIBRO aborda temas básicos relacionados con el estudio y comprensión de los problemas de salud mental. Básicos tanto en el sentido de que son los primeros temas que surgen cuando se quiere comenzar a indagar en este ámbito, y básicos en el sentido de que son temas fundamentales. De este modo, el libro es tanto una introducción a la psicopatología, entendida en sentido amplio, como a debates cruciales que atraviesan este campo de interés.

En una sociedad donde los denominados problemas de salud mental y trastornos mentales son motivo de extendida preocupación social, la reflexión acerca del significado de estos términos, de sus orígenes, usos y limitaciones, es de especial interés. Estos conceptos son analizados con detalle en el texto así como la forma dominante de entendimiento de la psicopatología, que es incluso difícilmente separable del nombre de esta disciplina: el modelo médico de entendimiento de los problemas de salud mental. El modelo médico o biomédico en psicopatología es actualmente objeto de debate y críticas sustanciales, que obedecen a razones que son también abordadas, en forma preliminar pero con profundidad, en este libro.

FÉLIX COVA SOLAR. Psicólogo clínico, Magíster en Salud Pública, Doctor en Psicología. Es profesor titular de la Universidad de Concepción, Chile. Su trayectoria académica la ha realizado ligado al Departamento de Psicología de esta Universidad. Ha tenido un rol destacado en la formación de pregrado de psicólogos y también en la formación de especialidad y de postgrado de diversos profesionales.

Sus intereses han estado primordialmente dirigidos a la salud mental, si bien con una mirada cuestionadora de los supuestos en que tiende a fundamentarse este campo.

