



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Posgrado en Filosofía de la Ciencia

Dirección General de Divulgación de la Ciencia

Facultad de Ciencias

Facultad de Filosofía y Letras

Instituto de Investigaciones Filosóficas

FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

Cimientos Pluralistas para una Política de Salud Mental en México

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRO EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

PRESENTA

TONATIUH GALLARDO NÚÑEZ

DIRECTOR

DR. LEÓN OLIVÉ MORETT

Instituto de Investigaciones Filosóficas  
Investigador Titular "C" de T. C. definitivo

MÉXICO, D.F. enero, 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# **Cimientos Pluralistas para una Política de Salud Mental en México**

**Tonatiuh Gallardo Núñez**

## **RECONOCIMIENTOS**

En primera instancia, quisiera agradecer a León Olivé por la disposición que siempre mostró para escucharme y leerme. A su vez, también quisiera agradecer a Rosaura Martínez, Teresa Ordorika, Laura Vargas y Adriana Murguía; ya que, en conjunto, y gracias a su lectura atenta y sabio consejo, la presente tesis por fin pudo ver la luz.

Qué más decir de la UNAM, *alma mater* de todo lo que he hecho dentro y fuera de sus aulas, teatros, museos y auditorios.

A su vez, también quisiera agradecer al CONACYT quien, durante el periodo 2011-1 / 2012-2, me brindó el apoyo económico sin el cual esto no hubiera sido posible.

Pero, y sobre todo, quisiera agradecer a mi familia y amigos que, como siempre (y casi sin quejas), han soportado mis eufóricos desplantes y mis silencios más mordaces.

***Practice is higher than (theoretical) knowledge,***  
*for it has not only the dignity of universality, but also of*  
*immediate actuality.*

(Lenin, 1914: 213; énfasis en el original)

# Índice

<b>1. Presentación</b>	2
<b>2. Lo psíquico: complejidad y emergencia</b>	5
<b>2.1. La complejidad de lo biológico</b>	8
<b>2.2. La complejidad de lo psíquico</b>	19
<b>2.3. Hacia una episteme de lo psíquico</b>	35
<b>3. El Proyecto de Investigación Psiquiátrico</b>	37
<b>3.1. El pluralismo y sus límites</b>	42
<b>3.2. Una política pluralista para la salud mental</b>	50
<b>4. Resumen y Conclusiones</b>	54
<b>Apéndice: La salud mental</b>	63
<b>La salud mental y la legislación actual</b>	65
<i>Ley General de Salud</i>	66
<i>Organización Mundial de la Salud</i>	69
<i>Ley de Salud Mental del Distrito Federal</i>	72
<b>Conclusiones</b>	77
<b>6. Referencias</b>	80

# 1. Presentación

Si bien el término ‘salud mental’ ya era comúnmente utilizado durante el siglo XIX (aunque, en general, sólo como un sinónimo de ‘higiene mental’), no es sino hasta 1946 que adquiere un estatuto formal (Bertolote, 2008). Sin embargo, y a más de un siglo de distancia, este concepto no ha dejado de presentar varios inconvenientes.

El más grave de ellos, a mi parecer, es prefigurado en el hecho de que las definiciones que se han elaborado para delimitar el campo de acción de la salud mental son del tipo ideal, es decir, buscan dibujar un estado abstracto de bienestar general que sirva de modelo guía para el diseño de planes y programas. Sin embargo, y un poco por lo mismo, este tipo de definiciones no son operativas o, dicho de manera más clara, pensar la salud mental en términos ideales no sirve para la cotidianidad de la clínica particular. Es por ello que, cuando uno se aboca a la práctica médica (o psiquiátrica, o psicológica), la reflexión sobre el concepto de ‘salud mental’ se ve reemplazada por la de ‘trastornos mentales’<sup>1</sup>; subsanando este último la poca eficacia operativa del primero.

Sin embargo, el espacio de la ‘salud mental’ y el de los ‘trastornos mentales’ no están completamente separados; cuando la Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, afirma que “la salud mental no sólo es la ausencia de trastornos mentales” (OMS, 2007), lo que hace es sentar que, en la base de la salud mental, existe la necesidad de un *tratamiento eficaz* de los trastornos mentales (aunque el estado de bienestar general propio de la salud mental no se reduzca meramente a ello). Por lo que, en primera instancia, existirían al menos dos caminos a seguir para poder aprehender la ambigüedad del campo al que me estoy refiriendo: aquél que parte de la problematización de los trastornos mentales y su tratamiento, y el trecho que, a partir de

---

<sup>1</sup> Con el término ‘trastornos mentales’ estaré delimitando un conjunto de concepciones disímiles que a lo largo de la historia han intentado aprehender el fenómeno de la locura, es decir, con él estaré refiriendo tanto a las teorías de la alienación, como a las teorías de la enfermedad mental, hasta llegar al más novedoso concepto de trastornos psiquiátricos (salvo mención explícita de lo contrario).

ahí, busca establecer los demás factores que también inciden sobre el bienestar de una persona o población<sup>2</sup>.

Ahora bien, los objetivos que mantengo para el presente escrito no estriban en reflexionar acerca de este segundo camino; al contrario, mi intención es comenzar desde la base misma de la salud mental, es decir, en pensar sobre los ‘trastornos mentales’ y los desarrollos teóricos que los envuelven.

Este primer paso es, desde mi punto de vista, esencial; esto en gran parte debido a que, en principio, es interesante dar cuenta que uno de los pocos consensos que sostienen los expertos acerca de este ámbito es que, en la actualidad, no existe una teoría coherente que pueda dar cuenta cabal de lo que son o lo que implican los trastornos mentales (Katschnig, 2010). En este sentido, si bien se acepta que la salud mental no puede reducirse meramente a la ausencia de estos últimos pero, a su vez, que son estos trastornos mentales los que representan su punto de partida; es fácil dar cuenta que la deficiencia teórica a la cual apunta Katschnig no sería para nada trivial. Es por ello que el segundo apartado lo dedicaré a indagar las cuestiones de fondo que sustentan semejante afirmación. Comenzaré a relatar, por tanto, los criterios epistémicos que han guiado el quehacer científico desde la mitad del siglo pasado; ello para poder echar luz sobre los *pros* y *contras* que este marco genera para el estudio de los trastornos mentales desde su punto de partida, es decir, el ámbito biológico (hay que recordar que, finalmente, el discurso de los ‘trastornos’ comienza en el ámbito médico, práctica científica que pone especial atención justamente en *esto* biológico). A continuación me detendré en lo que respecta específicamente al ámbito psiquiátrico, es decir, indagaré sobre los alcances y límites que el «umbral de epistemologización»<sup>3</sup> de la ciencias biológicas presenta para el estudio específico de los trastornos mentales.

---

<sup>2</sup> Según la OMS, estos factores irían desde los derechos civiles de vivienda y educación; hasta los que apuntan hacia cuestiones relativas al empleo, sano esparcimiento, etc. (OMS; 2003: 2).

<sup>3</sup> “Cuando, en el juego de una formación discursiva, un conjunto de enunciados se recorta, pretende hacer valer (incluso sin lograrlo) normas de verificación y de coherencia, **y ejerce, con respecto al saber, una función dominante** (de modelo, de crítica o de verificación), se dirá que la formación discursiva franquea un *umbral de epistemologización*” (Foucault, 1969: 243 - 244; énfasis en el original, negritas añadidas).

Con base en lo anterior, en el tercer y último apartado sentaré las bases de una propuesta que, desde mi punto de vista, podrá coadyuvar a desarrollar lineamientos epistémicos que puedan incidir directamente en el déficit presentado por Katschnig y, por lo mismo, que podrían allanar el camino para poder pensar en la posibilidad de un Plan Integral de Salud Mental en México.

Ahora bien, dado que mi fin último se centra en el campo de la salud mental, no he podido descuidar del todo la totalidad de este ámbito. Sin embargo, y dado que ello representa un trecho investigativo diferente al que he emprendido en este texto; no me ha sido posible abarcarlo propiamente. Por lo tanto, a modo de Apéndice, he decidido dibujar una imagen global de lo que en la actualidad se dice y estipula acerca de la salud mental (enfocándome primordialmente en México); esto no tanto para dar cuenta del desarrollo de este término en las legislaciones internacionales, sino simplemente para bosquejar una imagen sincrónica que sirva de base para una investigación posterior. Todo ello con el objetivo de analizar si la forma en la cual se ha construido este ideal está o no ausente de inconsistencias puesto que, si el modelo-meta no resultara consistente, las boyas que estableciese para su consecución estarían seguramente desorganizadas.

## 2. Lo *psíquico*: complejidad y emergencia

*Expongo en medio versículo lo que han enseñado un millón de volúmenes:*

*AQUELLO es la Verdad; el mundo es ilusión;*

*el alma no es nada más que AQUELLO.*

Upadesahasri

(Miscellaneous: 25; énfasis en el original)

Claude Bernard, quien es considerado el padre de la medicina contemporánea, establece que el fin último de su disciplina es: “*Conserver la santé et guérir les maladies*” y prosigue: “*tel est le problème que la médecine a posé dès son origine et dont elle poursuit encore la solution scientifique*” (Bernard, 1859; énfasis en el original).

Es interesante notar, en principio, que él no está estableciendo que al combatir las enfermedades se estará conservando la salud; al contrario, la manera en la cual establece el fin de la medicina pone en relación, por un lado, el ámbito de la salud y, por el otro, el de la enfermedad (con lo cual se puede dar cuenta que la diferencia que apunté en (1), a saber, que una cosa es la ‘salud mental’ y otra los ‘trastornos mentales’, se mantiene incluso en la ciencia médica). La cuestión de fondo radica, entonces, en preguntarse *qué es o qué representa la enfermedad*; puesto que sólo así se podrá encontrar la manera de combatirla. Sin embargo, en la actualidad no existe consenso alguno sobre lo que significa ‘enfermedad’<sup>4</sup>; aun así, ningún discurso médico pone en duda que en la *enfermedad* se encuentra un factor biológico presente (las diferencias radican en la importancia etiológica que este factor tendría en las enfermedades).

Ahora bien, dado que el estudio de los trastornos mentales es relativamente nuevo (en comparación con la historia de las ciencias médicas) y, más importante aun, que este

---

<sup>4</sup> En (Giroux, 2010) se resume de manera excelente todos los avatares de esta cuestión.

ámbito fue primeramente desarrollado por profesionales de ese ámbito<sup>5</sup>; existe en su base un conjunto de *presupuestos heredados* directamente de la medicina. El único al cual me abocaré en las siguientes líneas es aquél que estipula que los *trastornos mentales* son, a fin de cuentas, una especie específica de *enfermedades* cuyo componente principal puede reducirse al organismo biológico<sup>6</sup>.

Desde mediados del siglo pasado, específicamente a partir de los años sesenta cuando las ciencias cognitivas y las neurociencias comenzaron a adquirir los allegados suficientes, se ha estado intentando reiteradamente reducir la mente a nada más que mecanismos cerebrales; todo esto, huelga decir, sin éxito alguno (ver: 2.2). Dichos esfuerzos, sin embargo, se han afianzado más en el imaginario científico a raíz de la gestación de la neurociencia cognitiva; lo psíquico, consistente como es, ha permanecido renuente a semejante reducción (ver: 2.2). Para efectos del presente texto, conglomeraré dentro del concepto de *lo psíquico* a todo aquello que ha escapado a la reducción, o impedido lo colosal de semejante labor. Y es en este sentido que lo psíquico viene a adscribir, por definición, la existencia de un fenómeno complejo dentro del ámbito científico (a menos que uno quiera desechar la complejidad que al mundo le es inherente por la simpleza asequible del no entendimiento).

Una de las formas mediante las cuales la complejidad se ha tornado objeto epistémico es caracterizándola en términos de emergencia; un fenómeno es visualizado como complejo cuando emerge de las relaciones e interacciones de las partes que lo conforman. Sin embargo, en la actualidad no existe una concepción por todos aceptada de lo que caracteriza a un fenómeno el ser emergente; menos aun de lo que ello implica. Los esfuerzos que buscan dar respuesta a semejante problema se congregan en su mayoría en las trincheras cavadas por los filósofos de la biología. Ahora bien, en este ámbito no

---

<sup>5</sup> Philippe Pinel, médico francés, es considerado el ‘padre’ de esta ciencia; pero, a su vez, todos los desarrollos teóricos que intentaron echar luz sobre el fenómeno de los trastornos mentales desde del siglo XIX casi hasta mediados del XX fueron llevados a cabo por médicos de profesión (ver: Bercherie, 1980; Berrios, 1196; Micale & Porter, 1994; Shorte, 1997).

<sup>6</sup> Es interesante destacar que toda la *ideología* que sirvió de base para la vertiente de la *medicina personalizada* del proyecto del genoma humano, es justamente una que se sustentó en el presupuesto biológico de los trastornos mentales. Por ejemplo, en el año 2000, Bill Clinton celebraba esto con la siguiente declaración: "*Mental illness can be accurately diagnosed, successfully treated, just as physical illness.*" (citado en: Szasz, 2011: 179).

sólo no se ha conseguido la siempre buscada unificación sino que, como a continuación argumentaré, las propuestas que se han producido para dar respuesta a la pregunta por la emergencia no alcanzan a rozar siquiera la línea que demarca el campo de los trastornos mentales.

Es por lo anterior que en el presente apartado busco proponer la viabilidad de una forma de caracterizar los fenómenos emergentes que se encuentran enmarcados dentro del campo de lo psíquico y, con ello, dar las razones que sostengan la pertinencia de la autonomía epistémica del campo. En este sentido, el tipo de emergencia que propongo para poder acercarse a la comprensión de los trastornos mentales es una *emergencia epistémica fuerte y autónoma*; es decir, no reducible ni en principio a las relaciones e interacciones de las partes del fenómeno involucradas en su gestación y, aunado a ello, tampoco proclive a una reducción epistémica (aun tomando en consideración el contexto en el cual se encuentra el sistema, sería imposible explicar su comportamiento como un todo desde la dinámica de las partes involucradas). Cabe acotar que este tipo de emergencia que establezco no es una que proponga la existencia de entes inmateriales.

Ahora bien, es por demás sabido la gran renuencia de los filósofos de la ciencia de aceptar la existencia de inmaterialidades con poderes causales<sup>7</sup>; pero lo que resulta interesante es que en la práctica cotidiana de las ciencias cognitivas, esto último resulta un sitio común. Ello responde, tal y como relatare en (2.2), a la peculiaridad y complejidad del fenómeno de lo psíquico; hasta la fecha, no es posible realizar explicaciones sobre estos menesteres que no hagan uso de semejante instrumental metafísico. Sin embargo, el hecho de resaltar que la emergencia que aquí construyo es una *epistémica* (y, por tanto, que no propone la existencia de entidades inmateriales) obedece, en primer lugar, a mi afán por mantener el desarrollo que presento lo más aséptico de presupuestos metafísicos; esto no por dejarme llevar por la corriente ingenua de los «antimetafísicos» (toda la ciencia se sostiene sobre este tipo de presupuestos), sino porque no es necesario sumergirse en el «lodazal» (van Fraassen *dixit*) para conseguir los fines que busco. *Es por tanto que, en el presente texto, aquello que*

---

<sup>7</sup> Con ello refiero a la postura que sostiene que algo inmaterial como es lo mental ejerce influencia causal sobre el cuerpo material, es decir, que la mente produce cambios físicos tangibles.

*englobo dentro de lo psíquico conforma solamente un artefacto teórico que, en el actual estado de cosas, se torna como necesario para la comprensión de lo mental en toda su extensión.* En este sentido, todo aquello que pueda decirse sobre lo mental será nada más que un *modelo* que intenta explicar al fenómeno en toda su complejidad. Ahora bien, justo lo que considero como de mayor importancia para la caracterización de las explicaciones que buscan serlo en el campo de los trastornos mentales es, a su vez, el punto nodal que interdice la generación espontánea de *soplos* con consecuencias materiales en las teorías que busquen dar cuenta de lo psíquico; esto es:

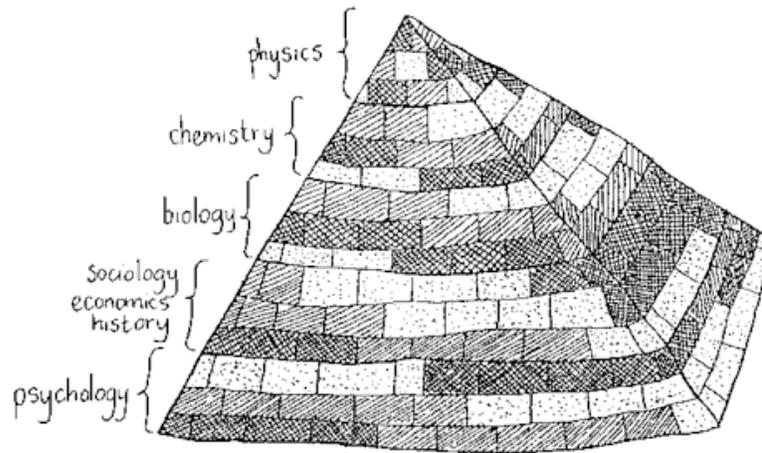
*Todo acto explicativo que intente comprender lo que es un trastorno mental, por definición, deberá producir la consecución de efectos terapéuticos o, en el peor de los casos, dar cuenta satisfactoria del por qué no es posible hacerlo* (esto lo desarrollo con más detenimiento en (Gallardo, 2012)).

## **2.1. La complejidad de lo biológico**

*What more is there to what a thing is  
than what it is made of?  
(Dupré, 2010: 34)*

Podría pensar: el resurgimiento a partir de hace algunos años del interés por el concepto de *emergencia* y sus consecuencias tanto en la filosofía de la ciencia como en el quehacer científico en general, ha sido uno de los motivos por los cuales la filosofía de la biología se ha alzado por sobre la filosofía de la física. A su vez, este nuevo posicionamiento con respecto a los problemas que se encuentran en el núcleo mismo de la práctica científica revela una tendencia contraria a la sostenida por las teorías llamadas reduccionistas. En este sentido, *lo complejo se antepone a la reducción*. La imagen más legible de lo que puede ser la caracterización por excelencia del reduccionismo se retrotrae desde la propuesta epistemológica de Rudolf Carnap (1928), pasando por el desarrollo un poco más fino de Hempel (1950), hasta llegar a su tal vez cristalización en el escrito de

Oppeheim y Putnam (1958). Sin embargo, la más clara y general descripción la encuentro en una figura que se encuentra ilustrando una parte de la *Introducción* del libro intitulado *The Dappled World*, escrito por Nancy Cartwright (1999):



Esta famosa pirámide muestra claramente uno de los puntos que estaré tratando en el presente apartado. Lo que representa, según la autora en cuestión, es:

*[...] what is often taken to be the standard Vienna Circle doctrine on unity of science: that the laws and concepts of each scientific domain are reducible to those of a more fundamental domain, all arranged in a hierarchy, till we reach physics at the pinnacle” (Cartwright, 1999: 6).*

Esta tendencia hacia la unidad que representa un punto de vista reduccionista es una que se ha venido criticando con la nueva ola de escritos filosóficos sobre la ciencia, como hice mención anteriormente, principalmente desde el bastión que conforma la filosofía de la biología (Mitchell, 1999; Dupré, 2010; Campbell, 1974), aunque también surgiendo desde otras perspectivas (Giere, 1995; Horst, 2007; Beckner, 1974). *Grosso modo*, uno de los argumentos que interpelan al posicionamiento reduccionista puede ser descrito dentro del marco de la complejidad que al mundo le es inherente:

*There is no single way to acquire knowledge of the causal structure of our world, no single “scientific method,” since there are multiple types of causation exhibited by the evolved, contingent systems that make up nature. There must be (as there in fact are), a **plurality of scientific***

*methodologies* that embrace richer possibilities about the causal situations being studied (Mitchell, 1999: 84; énfasis en el original; negritas añadidas).

Así, según la autora en cuestión, la unidad de la ciencia se ve trastocada por la *complejidad* de la estructura causal del mundo y, a su vez, por la *de facto* inexistencia de *un solo método* en la práctica científica. Esta querrela que apunta más bien hacia el desarrollo de un pluralismo metodológico, a pesar de resonar con un sórdido estruendo de actualidad, es una que ya se encontraba dentro del *anarquismo metodológico* de Feyerabend (1970), propuesta que incluso yo podría enmarcar como una ética y que ha sido malentendida por doquier. Finalmente, todo este embrollo no es más que un posicionamiento epistémico que se planta no sólo frente al Círculo de Viena y sus ancestros, sino también frente a Karl Popper y su más que conocido método crítico (propuesta que, dicho sea de paso, (Lakatos, 1971) demuestra magistralmente su falsedad).

Ahora bien, ¿por qué todo adquiere fuerza desde el bastión de la filosofía de la biología?

Las discusiones que se han acercado como surgiendo de ese punto de fuga van desde la negación o replanteamiento de lo que se entiende por *leyes* en la ciencia (Giere, 1995), pasando por cuestiones de más importancia como lo es el entendimiento de cómo se conforma una *explicación* que apunta hacia el conocimiento (Mitchell, 2000), hasta llegar a discusiones ontológicas que se enredan inextricablemente con posturas *metafísicas* (Cartwright, 1999). Esto último es algo que considero importante señalar puesto que, al parecer, cuando se habla de metafísica en el espacio crepuscular de la filosofía de la ciencia heredera del analiticismo, aparece bajo sus pies un terreno espinoso tanto de difícil andar como lastimero de aceptar. Sin embargo, apelar a ello se ha vuelto una herramienta necesaria.

Ahora bien, este tema lo dejaré en puntos suspensivos y, en vistas de los motivos que me acarrean en el presente escrito, por el momento solamente me enfocaré en sostener la existencia de argumentos no metafísicos que permiten evaluar teorías rivales (ver: (3)). Aun así, lo único que es innegable y se encuentra por doquier es que *la complejidad de la*

*realidad representa un límite infranqueable para el continuo escudriñar del ser humano.*

Intentaré desarrollar lo anterior con un mayor detenimiento en lo que resta del presente apartado.

\*\*\*

Si pudiese existir una característica que represente a eso biológico por excelencia podría apostar a que esta es su complejidad; ello debido a que, en gran parte, el quehacer de esta disciplina se desarrolla dentro del *apremiante campo de lo vital*. Ahora bien, a su vez, esta complejidad a la que hago referencia puede ser rastreada en el hecho epistémico de que, para lograr comprender lo que acontece en los sistemas biológicos, deba de proponerse la existencia propiedades emergentes. En este sentido, se podría pensar que una consecuencia de la estrecha relación existente entre complejidad y emergencia sea que, para poder comprender lo que implica la primera, baste con explicar los términos que se establecen en la segunda. Sin embargo, puedo pensar que uno de los conflictos que impiden el consenso sobre qué se está entendiendo por emergencia surge del malentendido anterior: en efecto, un fenómeno complejo es un hecho emergente; más no todo fenómeno emergente sería un hecho complejo. El meollo del enredo se localiza en que puedo diferenciar al menos dos tipos de fenómenos complejos: aquéllos que entrarían dentro de lo que gusto en nombrar como *complejidad instrumental*; y aquéllos otros que conformarían el conjunto regido por *algo más* que una mera complejidad instrumental, es decir, *metafísica*<sup>8</sup>. Sin embargo, son solamente los fenómenos que caben dentro de la segunda definición los que deberían de portar la etiqueta de complejos; aquéllos otros que pertenecen al primer grupo, por ser contruidos en sentido contrario, no vislumbran la complejidad sino como un mero reflejo de nuestras posibilidades. El punto crucial es que, desde mi punto de vista y como mencioné anteriormente, lo complejo se antepone a todo intento de reducción; lo que es un menester resaltar es que, no importando cuál de las dos salidas se escoja, *la*

---

<sup>8</sup> Por *complejidad metafísica* refiero a que la imposibilidad de explicar un fenómeno en términos meramente del funcionamiento de sus componentes está más allá de las limitantes inherentes a las herramientas epistémicas utilizadas. Esto lo desarrollaré más adelante.

*complejidad siempre se tiñe con metafísica*; el espacio de lo emergente, en cambio, está parcelado como un terreno epistémico. Iré por partes.

Primero me enfocaré en describir a lo que me refiero por complejidad instrumental.

Como casi siempre, en las vicisitudes que se conglomeran alrededor de la filosofía de las ciencias existen muchas formas muy distintas de caracterizar aquello que se quiere estudiar. De principio, y como era de esperarse, se puede empezar a vislumbrar los altibajos del terreno desde tres puntos de partida: existe una emergencia nominal, una débil y una fuerte (Bedau, 2003)<sup>9</sup>. El supuesto para generar esta clasificación, nos comenta el autor, es el hecho de suponer una diferenciación entre un nivel micro y un nivel macro, por cuyo nodo podemos mostrar la implicación de especificar qué le pertenece a eso micro y qué a eso macro.

Desde esta clasificación, una postura que sostenga una emergencia nominal será aquella que simplemente afirme que existen propiedades que se encuentran en el nivel macro y que no pueden ser, por tanto, propiedades que puedan poseerse en el nivel micro. Por otra parte, la postura que se enmarca bajo el cobijo de la etiqueta de una emergencia débil, es aquella cuya afirmación radica en que:

*The system's global behavior derives just from the operation of micro-level processes, but the micro-level interactions are interwoven in such a complicated network that the global behavior has no simple explanation. The central idea behind weak emergence is that emergent causal powers can be derived from micro-level information but only in a certain complex way* (Bedau, 2003: 5; el énfasis es mío).

Siguiendo esta misma línea de pensamiento, la emergencia fuerte supondría la existencia de propiedades emergentes supervenientes con poderes causales irreducibles; es decir, que ciertas propiedades cuya emergencia se constituye en los niveles macro no

---

<sup>9</sup> En realidad, toda categorización representa de forma parcial lo que acontece en la realidad. Siempre existirán bemoles o contraejemplos que vengán a derrumbar lo categórico de las taxonomías. Así como en el arte, en la ciencia misma los límites son meramente teóricos y sirven sólo para guiarnos en la complejidad del mundo. Un caso del segundo tipo vendría a ser el de los virus y su lugar en la diferenciación vivo-no vivo; un caso en el mundo del arte, puedo pensar, vendría a ser *Las lilas de Jeleton* y su vaivén entre los estantes de poesía de las librerías y su exposición como objeto en las galerías.

sólo no son reducibles a las interacciones de los niveles micro, sino que poseen una adjetivación óptica: conformarían un *óvτος* propiamente hablando.

Mark Bedau sostiene que es solamente la emergencia débil la que es de interés para lo que él nombra como el *verdadero* quehacer científico. Para sustentar la fortaleza de su afirmación, primero alienta la socavación de la emergencia nominal a la luz del hecho de que esa manera de conceptualizar al fenómeno de la emergencia no llega a explicar el por qué ciertas propiedades lo son solamente de un nivel macro y, por tanto, no puedan pertenecer también al nivel de lo micro. Sin embargo, la desestimación que hace de la emergencia llamada fuerte resuena simplemente como una lisonja servil a ese enclenque *régimen* científico supuestamente contemporáneo que, más allá de pugnar hacia el conocimiento, se estrecha cada vez más dentro de su marasmo hereditario, exánime portavoz de un *umbral de epistemologización*<sup>10</sup> caduco para el tema que me compete: “*All evidence today suggests that strong emergence is scientifically irrelevant [...] Strong emergence starts where scientific explanation ends*” (Bedau, 2003: 5). Cosa curiosa puesto que, afirma Bedau, la conciencia entraría dentro de ese grupo de fenómenos que la ciencia no debería de estudiar y, por tanto, tornaría como científicamente vacuos por no estar bien guarecidos bajo su abrigo a todos los esfuerzos actuales que pugnan hacia la comprensión de este fenómeno. Por poner un ejemplo, sería irrelevante para la ciencia tal y como Bedau la entiende el empeño que se ha establecido en construir una *epistemología del dolor* (cuyo núcleo radica justamente en lo que pueda percibirse *conscientemente* como dolor); y que, en el mejor de los casos, dicha osadía podría ayudar a entender fenómenos de importancia tal como lo es la fibromialgia. Pero regresemos a los temas de emergencia.

Es sencillo entender el por qué de la incitación gañida por Bedau para desdeñar como no científico a todo intento que caiga dentro de su clasificación de emergencia fuerte, el

---

<sup>10</sup> “Cuando, en el juego de una formación discursiva, un conjunto de enunciados se recorta, pretende hacer valer (incluso sin lograrlo) normas de verificación y de coherencia, **y ejerce, con respecto al saber, una función dominante** (de modelo, de crítica o de verificación), se dirá que la formación discursiva franquea un *umbral de epistemologización*” (Foucault, 1969: 243 - 244; énfasis en el original, negritas añadidas).

lanzamiento de perogrulladas no implica oficio ni disciplina alguno; nadie perteneciente al gremio y con sanidad de juicio pregonaría semejante forma de emergencia. Sin embargo, la veracidad evidente de un hecho trivial se encuentra en relación opuesta a la importancia que pueda tener como herramienta de conocimiento; y esto lo escribo no sólo por el hecho de que los ejemplos que maneja Bedau en el artículo citado son unos cuya belleza radica en la simplicidad de las variables puestas en juego<sup>11</sup>; sino porque su manera de conceptualizar a la conciencia como un fenómeno emergente en el sentido fuerte del término sólo logra increparla dentro de la asepsia de cuatro paredes sin luz. De principio y por definición, la clasificación que nuestro autor genera no sirve en lo absoluto para las disciplinas que sí quieren indagar los recovecos de la conciencia y sus implicaciones para con la enfermedad y la salud (la biología, la neurociencia, la psicología, la psiquiatría, la medicina, etcétera); pareciera entonces que el análisis de los fenómenos complejos como emergentes va más allá de la simpleza con la que Mark Bedau observa el mundo de lo complejo en ciencia. Y es que la forma en la cual nuestro autor encierra al fenómeno complejo es desde la celda epistémica conformada por las herramientas de las que goza; es decir, vislumbra la complejidad desde la posición que puede sostener cuando es sujetado por alguien más al mástil de su embarcación. Eso sí, jamás perderá la cabeza; pero seguirá agachado a esa «moral que reprueba la pasión, la curiosidad y la experiencia; esos tres peldaños sangrientos que ascienden hasta la creación»; según nos dice Elie Faure (citado en: Nin, 1992: 33).

Por tanto, si es el caso que una de las formas epistémicas de caracterizar lo complejo es mediante su enmarque dentro de ciertos parámetros de emergencia; el tipo de emergencia aceptada por Bedau, la forma débil de esta, es el más claro ejemplo que puedo encontrar de la construcción de una complejidad instrumental (que, sin embargo,

---

<sup>11</sup> Él muestra cómo existen ciertos patrones comportamentales que no pueden ser predichos desde el mero conocimiento del planteamiento inicial de una situación específica, todo esto dentro del marco de lo que es conocido como *John Conway's Game of Life*; simulación de los giros vitales que determinadas células autónomas puedan tener con base en reglas sencillas puestas de antemano (donde no se necesita más que una lógica binaria y operaciones matemáticas asaz sencillas para ponerlo en marcha). Sin embargo, el punto crucial implica que uno puede llegar a conocer el estado final de ciertas situaciones dadas sólo *hasta después de haberlas simulado* y, por tanto, puede afirmar que ese estado es derivable *en principio* de su planteamiento inicial (aunque no de inicio).

no deja de lado sus proposiciones metafísicas -sólo las oculta-). Me explico. Cuando él acepta que las propiedades emergentes de un sistema son *en principio* derivables de las interacciones y relaciones de las partes pero, acotando acertadamente, que esto sólo es posible de una manera asaz compleja; él acepta que, o existe una deficiencia en nuestro conocimiento sobre el sistema, o existe una deficiencia en las herramientas teóricas que utilizamos para caracterizarlo. Así, o bien el progreso científico nos llevará inevitablemente a un conocimiento certero sobre el objeto y con ello a la viabilidad de la reducción, o bien el progreso científico nos llevará inevitablemente a un mejor desarrollo de nuestros artefactos lógicos y/o matemático y a la misma conclusión. Es decir, la complejidad de los fenómenos es dependiente de la capacidad de nuestros instrumentos epistémicos; pero el mundo es en principio reducible a una disciplina científica fundamental (sea cual fuere) -¡he aquí lo metafísico de su propuesta!.

Un ejemplo supongo más claro de lo anterior es la viabilidad de la ecuación que determina la relación entre dos cuerpos bajo la influencia de la gravitación, *ceteris paribus*, universal. Si uno le hace caso a Newton, entonces, la fuerza ejercida entre dos cuerpos es proporcional al producto de sus masas e inversamente proporcional al cuadrado de la distancia que los separa. Ahora bien, si gustamos en introducir un tercer cuerpo al proscenio, la ecuación se vuelve irresoluble (a menos que supongamos que un cuerpo o es sumamente pequeño, o es sumamente grande). Pensar en la puesta en escena que surge del teatro conformado por la sola fuerza de gravedad y su influencia sobre tres cuerpos en relación espacio-temporal, donde la predicción del comportamiento es imposibilitada por nuestro artefacto matemático, es sopesar la complejidad instrumental de un cierto fenómeno. Ahora bien, uno podría pensar en ello como un mero obstáculo que el devenir humano podría sortear en algún momento; pensemos, sin embargo, que el experimento implica que dejamos caer un billete desde un edificio de diez pisos: ¿es posible generar una ecuación que nos permita predecir su trayectoria? ¿Sería posible computar los datos de las  $n$  variables intervinientes? En el mundo existen complejidades más enrevesadas que ciertas complejidades no tan complicadas.

John Dupré, por su parte, genera otra forma de clasificación de los fenómenos emergentes y, así mismo, otra noción de complejidad. Lo importante de este desarrollo es que se presenta como mucho más acorde al quehacer que los biólogos desempeñan en su cotidianidad; a su vez, el punto de fuga a partir del cual se gesta su propuesta, vislumbra como crucial la antagonía establecida entre las posturas reduccionistas y las llamadas antireduccionistas para entender los fenómenos complejos.

En su nada ambiguo texto intitulado *It Is Not Possible to Reduce Biological Explanations to Explanations in Chemistry and/or Physics*, Dupré elabora un buen ejemplo para mostrar esta forma de clasificar los fenómenos emergentes (Dupré, 2010: 34 y 35) y, cabe señalar, mostrándose en clara oposición con la categorización de Mark Bedau:

Supongamos que nos interesa estudiar un determinado sistema ecológico. Dentro de este sistema existen varios tipos de animales, de plantas, insectos, etcétera. De esta diversidad nos enfocamos en los lince. Cualquiera podría afirmar, nos dice el autor, que los lince están constituidos solamente por cosas físicas, es decir, no hay nada más que eso en su organización. Esto es expresado generalmente como que el lince *no es nada más* que un arreglo de ciertos constituyentes físicos. Ahora bien, lo anterior implica afirmar que el lince está conformado de una manera sumamente intrincada; no es sólo un conjunto de cosas físicas (o químicas), sino un arreglo muy específico de componentes físicos y químicos. Así, la afirmación de un reduccionista sería aquélla que sostuviera que el lince *no es nada más* que un conjunto de moléculas físicas y químicas organizadas de una cierta manera. Pero, y aquí es donde entra la discusión, esta posición reduccionista sostendría a su vez que, si sabes *todo* acerca de las propiedades químicas y partículas físicas que conforman al lince, *todo* acerca de la forma en la cual estas se ensamblan formando células, órganos y demás; entonces podrías *en principio* conocer *todo* lo que respecta al lince.

Parecería trivial pensar semejantes ociosidades cuando la imposibilidad de conocer *todo de todo* es más que patente; sin embargo, es esa especulación que lleva a profundizar más allá de los hechos la que impregna de tintes metafísicos toda esta discusión sobre los

fenómenos emergentes. Por ejemplo, el sentido de este «en principio» reduccionista puede bien reflejarse en una nueva disyuntiva; la actual imposibilidad de conocer el todo a partir del conocimiento de las partes: o es el resultado del subdesarrollo de las ciencias y, por tanto, en algún momento se podría librar aquella barrera; o es el resultado de obstáculos más profundos y que no tienen que ver con el desarrollo de las teorías, lo que implicaría que, independientemente de los avances científicos, la susodicha limitación seguiría estando presente. Dupré sostiene que es la postura que surge de la aceptación de esta segunda alternativa la que mejor puede ayudarnos a dar cuenta de lo que realmente acontece en la práctica de la biología. Ahora bien, la complejidad que se prefigura en esta forma de pensar es una complejidad distinta a la que Bedau presenta, a pesar de también denominarse como constituida por una emergencia fuerte. *Grosso modo*, esta postura implica:

[...] *the belief that there are emergent properties, properties that could not have been predicted (even in “in principle”) from a complete knowledge of the constituents of a thing and their internal relations [...] [it] deny that the behavior of the whole is **fully** determined by the behavior of, and the interactions between, the parts* (Dupré, 2010: 34 y 35; énfasis en el original, negritas añadidas).

Así, este emergentismo que resulta de una postura antireduccionista sostendría que, no importando la completud del conocimiento que se tenga de las partes y sus relaciones, el comportamiento del todo no podría reducirse a tal; es decir, existen *propiedades emergentes* en el sistema visto como una totalidad que no habrían podido ser predichas *ni en principio* desde el mero conocimiento de sus constituyentes, aun llegado el caso en el cual el sistema haya podido ser simulado. La complejidad que se elabora a partir de estos supuestos es una que va más allá de lo meramente instrumental; la imposibilidad epistémica con la que se enfrenta esta complejidad no solamente está en relación con nuestros artefactos teóricos, hay *algo más* que se encarga de sitiar nuestra capacidad de entendimiento.

Cualquier persona que conociese los desarrollos de la *Gestalt* no se sorprendería de lo anterior, es sumamente claro el eslogan con el que se presentan en las divulgaciones que se hacen de esta teoría: «el todo es diferente a la suma de las partes»; sin embargo, lo interesante surge cuando se establece la *necesidad* de postular una metafísica de

propiedades emergentes para poder dar cuenta de cómo es que se realizan las explicaciones en biología, al menos en biología molecular. No hay que olvidar que todo esto implica una pretensión epistémica. Por ejemplo, nos dice Dupré, un conocimiento completo de las propiedades físicas y químicas de una proteína no necesariamente nos dice *qué* es lo que la proteína hace; y es a partir de que conocemos *qué* es lo que la proteína hace cuando podemos *explicar cómo* es que lo hace (Dupré, 2010: 37). Ahora bien, conocer el *qué* implica tomar en consideración no sólo el sistema del cual forma parte la proteína, sino su relación con otros sistemas de mayor y/o menor jerarquía; es decir, lo peculiar de esta forma de emergencia es que la única forma de llegar a *explicar* el comportamiento del todo a partir de las interacciones de las partes, es solamente cuando se toma en consideración la información que puedan brindar los demás sistemas involucrados. A grandes rasgos, la complejidad metafísica de los fenómenos que va más allá de las deficiencias instrumentales, se hace patente por la imposibilidad de una completa *explicación* de un sistema cuando su análisis no toma en consideración el contexto en el cual se ve imbuido (ahora bien, el cómo se formule y responda a la pregunta sobre la *delimitación del contexto* conlleva un amplio espectro de consecuencias).

En lo que resta, llamaré complejidad solamente a lo que surge del análisis de este último tipo de fenómenos, es decir, a aquéllos que emergen a partir de una concepción metafísica de la complejidad.

## 2.2. La complejidad de lo psíquico

*Evitaremos cualquier abuso de este modo de figuración si recordamos que representaciones, pensamientos y, en general, productos psíquicos no pueden ser localizados dentro de elementos orgánicos del sistema nervioso, sino, por así decir, entre ellos, donde resistencias y facilitaciones constituyen su correlato.*

(Freud, 1900: 599; énfasis en el original)

El ámbito de lo psíquico es un campo demasiado basto como para poder abarcarlo de un sólo zarpazo; por tanto, y debido a que el objetivo de mi reflexión es asaz específico, en lo que sigue me enfocaré solamente en aquello que está involucrado en los trastornos mentales. Ahora bien, con esto justo comienzo a delimitar un tipo de conocimiento propio del campo: *todo esfuerzo epistémico que busque estar guarecido dentro del ámbito de los trastornos mentales y, por tanto, de la salud mental, no sólo deberá apuntar a una correcta explicación de los primeros, también, y sobre todo, deberá de estar enfocado en su tratamiento; toda empresa científica que busque incidir en la práctica clínica de la salud mental, por tanto, deberá enfocarse en el ejercicio terapéutico de los trastornos mentales, si no fuese el caso, no podrá tener voz en lo que respecta a este campo.* Así, y como anteriormente escribí:

*Todo acto explicativo que intente comprender lo que es un trastorno mental, por definición, deberá producir la consecución de efectos terapéuticos o, en el peor de los casos, dar cuenta satisfactoria del por qué no es posible hacerlo<sup>12</sup>.*

Ahora bien, ¿son los trastornos mentales fenómenos complejos? Sandra Mitchell utiliza los resultados de una investigación sobre la depresión como ejemplo para responder de manera afirmativa:

---

<sup>12</sup> Esto no implica que las explicaciones que no se adecuen a este criterio no puedan ser 'buenas explicaciones' a la luz de otras directrices, por ejemplo, desde propósitos meramente filosóficos; pero si estas explicaciones no están centradas en la terapéutica, el campo de la salud mental les será ajeno.

*Clinical depression is not the expected sadness that is appropriate response to tragic life events, like the death of a loved one, but rather a complex set of biochemical, neurological, neuroanatomical, psychological, and physical states (Mitchell, 2009: 5).*

Y nos dice, a su vez, que la conclusión a la llegaron los investigadores involucrados en el citado estudio fue que la depresión “*is an etiologically complex disorder that involves multiple factors from multiple domains acting over developmental time*” (citado en: Mitchell, 2009: 6). Es claro que de esto no se puede inferir que *todo trastorno mental sea un fenómeno complejo*; lo que sí se puede decir, en cambio, es que al menos existe un subconjunto de fenómenos complejos contenido dentro del más vasto de los trastornos mentales. Sin embargo, indagar más a profundidad sobre esta distinción rebasa por mucho los objetivos que mantengo para el presente escrito.

Regresaré al ejemplo citado por Mitchell. Si la depresión permite establecer la existencia de un subconjunto de trastornos mentales complejos, una primera aproximación sería intentar entenderlos desde la perspectiva que emana de conceptualizar dicha complejidad en los términos que Dupré establece para enmarcar el emergentismo fuerte; entonces, y de principio, uno podría generar *explicaciones terapéuticas* sobre los trastornos mentales desde esa base. Veamos si es el caso.

Recordemos que para John Dupré la complejidad implica que, aun conociendo todo lo que respecta a las partes de un fenómeno y sus relaciones, existen ciertas propiedades emergentes que no habrían podido ser predichas ni en principio desde este conocimiento; por lo tanto, se vuelve necesario observar la relación que el fenómeno como un todo mantiene con el contexto en el que se ve envuelto si lo que uno quiere es llegar a explicarlo satisfactoriamente desde la dinámica y organización de sus componentes. Ahora bien, este criterio justamente interdice que cualquier tipo de explicación sea válida.

En la actualidad, las explicaciones en biología se sustentan sobre dos presupuestos: el primero de ellos justamente es el que sostiene el edificio la complejidad, Kenneth Waters lo nombra *el consenso anti-reduccionista* (citado en: Dupré, 2010: 33); el segundo de ellos yo lo podría nombrar como *el consenso materialista*.

Sé muy bien que es con base en cómo se entienda este materialismo que entonces se pueden delimitar sus apóstoles y detractores; sin embargo, manejando el concepto en general, se podría definir esta posición como lo hace Dupré: “*I do not **believe** there is any kind of stuff in the world other than the stuff described by physics and chemistry. There are no immaterial minds, vital forces, or extra-temporal deities*” (Dupré, 2010: 33; el énfasis es mío). Sandra Mitchell, por su parte, también apoya la creencia de John Dupré y, a su vez, la remonta incluso a los albores de la occidentalidad actual:

[...] *it has remained a constitutive assumption of science since the seventeenth century that explanation can appeal only to the properties and behaviors of material substance. **I agree with this assumption***” (Mitchell, 2009: 24; el énfasis es mío).

En este sentido, una explicación en biología sería aquella que no involucre en su *explanans* «inmaterialidades», por tanto, las variables involucradas deberían ser *solamente* entidades físicas y/o químicas. Sin embargo, esto resulta ser un tanto opaco en el caso de la depresión; retomo lo dicho por Mitchell:

*Clinical depression is not the expected sadness that is appropriate response to tragic life events, like the death of a loved one, but rather a complex set of biochemical, neurological, neuroanatomical, **psychological**, and physical states* (Mitchell, 2009: 5; el énfasis es mío).

Se puede entender fácilmente qué es lo bioquímico, lo neurológico, lo neuroanatómico y lo físico; pero, ¿qué es exactamente *eso* psicológico? Sobre todo para necesitar de una diferenciación con respecto a lo neurológico y lo neuroanatómico. Mitchell no lo explica sin embargo. Pero dado que esta autora se ciñe al consenso materialista, podría inferir que *eso* psicológico *no* es algo inmaterial. Y así, con base en lo anterior, para Mitchell y su descripción sobre el conjunto de estados involucrados en la depresión, lo psicológico no sería nada más que «propiedades y comportamientos de una cierta sustancia material». Ya que ella no lo refiere, pienso que está señalando intrínsecamente a lo que se engloba bajo la rúbrica de *mecanismos mentales* (¡qué más si no!). Y, por lo tanto, es menester indagar en ello para poder proseguir con la inmersión en el campo de lo psíquico.

A pesar de que el comienzo formal de la historia de este campo se puede establecer hacia la segunda mitad del siglo pasado, es hasta hace relativamente poco tiempo que se ha tenido un conjunto robusto de resultados e investigaciones que posibiliten la reflexión sobre este particular quehacer científico; y es desde esta perspectiva que puedo establecer tres momentos en su desenvolvimiento. El primer estadio se ve representado por la proliferación aislada de dos programas de investigación: en un primer momento aparecieron las ciencias cognitivas, como un mero esbozo en los años cincuenta, pero formalizando el estudio de las *funciones* cerebrales a mediados de los setenta; en un segundo tiempo surgieron las neurociencias, estas últimas enfocadas predominantemente en el estudio del cerebro a nivel celular y molecular. A pesar de que estos dos programas de investigación centraban su estudio en lo que se podría concebir como un mismo fenómeno (la mente), sus heurísticas los caracterizaban de manera distinta; ello, sin embargo, no impedía que cada uno de estos programas reconociera la importancia del otro. (Von Eckardt & Poland, 2004) relatan que no fue sino hasta la década de los 80's que gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías se pudo realmente establecer un diálogo entre los dos programas antes citados (tales como el PET, el MRI y el fMRI<sup>13</sup>); dando a luz así a un nuevo y emergente programa de investigación: la *neurociencia cognitiva*.

*The aims of this new field were, first, to further the development of adequate psychological models of cognition by generating and bringing to bear a variety of kinds of neural data and, second, to develop adequate hypotheses about the neural localization and realization of cognitive structures and processes described psychologically (Von Eckardt & Poland, 2004: 976).*

Es este segundo estadio el que en la actualidad ha atraído hacia sí una mayor cantidad de esfuerzo ya que, al menos en principio, su promesa implica la conjunción de los dos programas anteriores con lo que, se llega a pensar, se generaría el terreno idóneo para la cabal comprensión de lo *psíquico*. Sin embargo, cuando este engranaje epistémico se pone a prueba como maquinaria explicativa de los trastornos mentales, salen a la luz ciertas deficiencias que fueron la base para que surgiera el tercer estadio que

---

<sup>13</sup> En un artículo por demás atinado, (Roskies, 2007) analiza las vicisitudes inherentes a esta dependencia instrumental para la neurociencia cognitiva.

actualmente se encuentra en gestación; me refiero al *programa de investigación psiquiátrico*. Pero iré por partes.

Carl Craver y William Bechtel publican en conjunto un artículo en el 2007 intitulado *Top-down causation without top-down causes*; en este texto formulan una posición que hasta la fecha hace las veces de base filosófica para las explicaciones mecanicistas. Pero para comprender su aportación, primero, se tiene que echar un breve vistazo a lo que se están refiriendo con este tipo de explicaciones.

Ahora bien, el pensamiento mecanicista, a pesar de tener una larga historia en el pensamiento científico, ha vuelto a emerger de manera particular en el ámbito de la biología actual:

*The basic idea of mechanism, which is employed widely in biology, is that a mechanism consists of a set of parts performing operations that are organized so as to realize the phenomenon of interest* (Bechtel, 2008: 48).

De aquí cabe resaltar al menos dos aspectos de sumo interés. El primero de ellos consiste en notar que las explicaciones mecanicistas apelan a por lo menos dos niveles distintos: aquél del mecanismo visto como un sistema en su totalidad y aquél otro de las operaciones de sus componentes; es decir, este tipo de explicaciones caracterizan un «nivel macro» desde donde se observa el fenómeno en cuestión, y un «nivel micro» donde se encuentran las entidades que constituyen el sistema. A su vez, el segundo aspecto de interés es que las explicaciones son «explicaciones funcionales» o, dicho de otra forma, que un mecanismo se explica en términos de qué operaciones efectuadas en el nivel micro posibilitan el «funcionamiento» del sistema en su nivel macro. Robert Cummins formaliza las explicaciones funcionales de la siguiente manera:

[...] *the explanandum is some capacity  $\Psi$  of a system  $S$ .  $S$ 's  $\Psi$ -ing is explained by analyzing it into subcapacities  $\{\Phi_1, \Phi_2, \dots, \Phi_n\}$  and showing that  $\Psi$  is produced through the programmed exercise of the subcapacities* (citado en: Craver, 2007: 110; énfasis en el original).

Ahora bien, y justo como se establece en el modelo epistémico de Dupré, tanto Craver como Bechtel aceptan que, en general, para dar cuenta de  $\Psi$  es necesario observar el fenómeno no solamente a nivel del comportamiento de sus componentes  $\{\Phi_1, \Phi_2, \dots,$

$\Phi_n$ }; sino también en relación al cómo este sistema se desenvuelve en el contexto en el que él se ve imbuido, ya que es en este último nivel donde se pueden apreciar peculiaridades que no se encuentran al nivel de las entidades que lo conforman (justo de esta emergencia se establece su complejidad). Sin embargo, del hecho de que el contexto 'determine' de cierta forma la capacidad de un sistema; de ahí no se sigue, al menos para estos autores, que el sistema sea quien 'cause' que sus componentes se desenvuelvan de cierta manera para producir un fenómeno determinado. Este «umbral de epistemologización» surge del hecho de que en la actualidad los filósofos de la biología, con base en el consenso materialista antes mencionado, son renuentes a aceptar «fuerzas inmateriales»<sup>14</sup> como variables explicativas de los fenómenos; si bien es cierto que es necesario observar y analizar el ambiente para comprender la función  $\Psi$  de un sistema, la *explicación mecánica* del fenómeno reside solamente en las interacciones y la organización de sus componentes. De ahí que las explicaciones sean válidas solamente cuando se elaboran a partir del concepto de «*mechanistically mediated effects*»:

*In our view, the phrase top-down causation is often used to describe a perfectly coherent and familiar relationship between the activities of wholes and the behaviors of their components, but the relationship is not a causal relationship. Likewise, the phrase bottom-up causation does not, properly speaking, pick out a causal relationship. Rather, in unobjectionable cases both phrases describe mechanistically mediated effects. Mechanistically mediated effects are hybrids of constitutive and causal relations in a mechanism, where the constitutive relations are interlevel, and the causal relations are exclusively intralevel. Appeal to top-down causation seems spooky or incoherent when it cannot be explicated in terms of mechanistically mediated effects (Craver & Bechtel, 2007: 547).*

Así, sólo se podrá hablar de causalidad dentro de un mismo nivel; las relaciones de «interdependencia» entre los niveles de las explicaciones mecanicistas no necesitan apelar a «causalidades extrañas», sino que son solamente un «efecto» de la forma en la que el mecanismo está constituido. Sin embargo, a partir de aquí ambos autores se separan.

---

<sup>14</sup> Por «fuerzas inmateriales» generalmente se refiere a lo que se denomina como «causalidad descendente» que, en clara oposición a la «causalidad ascendente», establece que existen «fuerzas causales» que del todo se imprimen a las partes.

Carl Craver publica también en ese año 2007 su libro *Explaining the Brain. Mechanisms and the Mosaic Unity of Neuroscience*. La importancia que yo puedo darle es que con él muestra un panorama que bien puede englobar dentro de sí a las ciencias cognitivas pero, cabe mencionar, acentuando el papel de las neurociencias. William Bechtel, por su parte, en el 2008 con su libro *Mental Mechanisms. Philosophical Perspectives on Cognitive Neuroscience*, personifica una postura más equilibrada.

Para Craver la explicación mecanicista del cerebro propiamente dicha tiene los mismos estreñimientos que Dupré establece para las explicaciones en biología; este tipo de explicación solamente podrá apelar a los «mecanismos subyacentes» del fenómeno (Craver, 2007: 123)<sup>15</sup>, es decir, a las operaciones realizadas en el nivel  $\{\Phi_1, \Phi_2, \dots, \Phi_n\}$ . Por lo tanto, el sistema y el contexto en donde se desenvuelve sólo actúan como referentes, jamás como variables explicativas; Craver, así, construye un modelo normativo de la explicación mecanicista:

*The explanandum of a mechanistic explanation is a phenomenon, typically some behavior of a mechanism as a whole. The central criterion of adequacy for a mechanistic explanation is that it should account for the multiple features of the phenomenon, including its precipitating conditions, manifestations, inhibiting conditions, modulating conditions, and nonstandard conditions. The explanans is a mechanism. The model of a mechanism does not describe capacities of the mechanism as a whole; it describes the activities of the mechanisms components [...] The model of the mechanism also describes the causal relations (activities) that compose the mechanism [...] Finally, mechanistic explanatory texts do more than exhibit box-and-arrow diagrams; they reveal the active, spatial, and temporal organization of a mechanism. These restrictions make significant progress in denying mechanistic explanation, in distinguishing it from other kinds of explanation, and in distinguishing good explanations from bad (Craver, 2007: 139).*

Es solamente así que Craver puede sostener su ideal de *Mosaic Unity of Science* dado que, a fin de cuentas: "*To characterize the phenomenon correctly and completely is a crucial step in **turning a functional analysis into an acceptable mechanistic explanation***" (Craver, 2007: 128; el énfasis es mío). Y así, no importando la independencia heurística de las distintas disciplinas involucradas en la pesquisa de lo

---

<sup>15</sup> "*If the goal is to provide a mechanistic explanation, the phenomena should be delimited in such a way that they correspond to underlying mechanisms*" (Craver, 2007: 123).

*psíquico*<sup>16</sup>; el *constreñimiento epistémico* impuesto por Craver, a saber, los criterios que una explicación mecanicista debe de cumplir, habría de producir un *mismo tipo de explicaciones* cuya «robustez» esté por encima de las diferencias disciplinares involucradas; claro está todo bajo la luz guía que emana de las neurociencias (Craver, 2007: 271). Dicho en otras palabras: si bien cada disciplina puede ejercer las heurísticas que más le convengan y así sostener una independencia con respecto al resto, dado que los criterios epistémicos son los mismos para todas las ciencias involucradas, uno podría entonces apelar como viable un ideal unificador como bien lo postula Craver; cabe mencionar que la *independencia* que él sostiene para las distintas disciplinas no sería una *completa autonomía*, uno es libre de determinar las heurísticas más convenientes para abordar el complejo fenómeno de lo *psíquico* pero, si se quiere recibir la insignia de ciencia, tendría que apegarse a los criterios epistémicos que emanan del ejercicio neurocientífico.

Como comencé este apartado apelando a la depresión, usaré este trastorno para evaluar la pertinencia terapéutica de las explicaciones mecanicistas a la luz de la normatividad de Carl Craver.

A partir de los años 60´s y a la luz del descubrimiento de los ansiolíticos comenzó una de las grandes carreras económicas que incluso en la actualidad sigue siendo ampliamente redituable: «la epidemia de la prescripción» (Laurent, 1999). Uno de sus vástagos, empero, azotó con tal fuerza los 90´s que, bajo la forma del *Prozac*, el candoroso público expectante de maravillas tuvo a bien el bautizarlo como «la píldora de la felicidad». A grandes rasgos, el *mecanismo que subyace el efecto* de la *fluoxetina* se puede intuir desde su sobrenombre: ‘inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina’ (ISRS); esto en conjunción con su objeto: la depresión. Es decir, los médicos y psiquiatras que recetan *Prozac* a sus pacientes, al menos quisiera creer, piensan que el *mecanismo subyacente* de la depresión es aquél que juega un papel de primerísima importancia en

---

<sup>16</sup> Las disciplinas enumeradas por Craver son: anatomía, psicología conductual, biofísica, psicología cognitiva y del desarrollo, ciencias computacionales, biología evolutiva y del desarrollo, endocrinología, etología, inmunología, neurología, neurofisiología, matemáticas, farmacología, física, fisiología y psiquiatría (Craver, 2007: 16).

la rencapsulación de serotonina en el cerebro (al menos así lo enseñan los libros de texto). Por tanto, la explicación mecánica de lo que es la depresión implica la referencia a un *funcionamiento anormal* de semejante organización (el tratamiento que se infiere, huelga decir, es el reacomodo de la anormalidad cerebral).

En su libro *The Emperor's New Drugs. Exploding the Antidepressant Myth*, Irving Kirsch relata los avatares a los que se enfrentó desde que en 1998 publica, con la ayuda de Guy Sapirstein, un artículo intitulado *Listening to Prozac but Hearing Placebo: A Meta-Analysis of Antidepressant Medication*; esto en *Prevention & Treatment*, revista científica cobijada por la *American Psychological Association* (APA). La escala de las vicisitudes que se avecinaron se pueden leer desde el hecho patente en que los editores de la revista, al publicar el susodicho artículo, juzgaron pertinente agregar al inicio de este una advertencia donde aparecen nada más y nada menos que seis veces la palabra «controversial» -refiriéndose al texto, a la conclusión, al tratamiento estadístico y a la metodología; para regresar de nuevo al texto y a la conclusión (en 15 líneas) (citado en: Kirsch, 2010: 23 - 24). Claro está, poniendo ante todo los valores de la tolerancia y la inclusión.

No es nada trivial todo este prolegómeno puesto que, *grosso modo*, la conclusión a la que los autores llegaron implicó afirmar que *solamente un 25% de los efectos terapéuticos que se produjeron en una muestra de tres mil pacientes con la etiqueta de deprimidos se debió a la sustancia activa del medicamento*; y, más sorprendente aun, que un nada nimio 50% de los efectos terapéuticos reportados obedecieron más bien a la alteración producida por los placebos constitutivos de los estudios en cuestión<sup>17</sup> (por la inclusión metodológica de grupos control). Y la no insignificancia de estos resultados se ve exacerbada cuando, anualmente, la industria farmacéutica reporta 19 billones de dólares en ventas por prescripciones de antidepresivos (Kirsch, 2010: 1). Más impresionante aun, los resultados estadísticos permanecieron estables cuando en el análisis se separaron las distintas sustancias antidepresivas, es decir, los viejos antidepresivos tricíclicos ya abandonados y los novedosos ISRS tuvieron el mismo

---

<sup>17</sup> Existen también otros resultados de interés en este meta-análisis; sin embargo, para lo que aquí me compete, limitaré mi concentración al efecto placebo y el efecto del medicamento.

impacto terapéutico. Pero aun peor, no hubo diferencias estadísticamente significativa entre los efectos de los antidepresivos y otros medicamentos no enfocados en paliar la depresión (como barbitúricos -recetados para contrarrestar el insomnio-, benzodiazepinas -un cierto tipo de sedantes-, así como también hormonas tiroideas sintéticas (Kirsch, 2010: 13)).

Sin embargo, la historia no termina aquí. Durante la efervescencia de las pasiones encontradas en los resultados del análisis, Thomas J. Moore -«*a senior fellow in health policy at the George Washington University School of Public Health and Health Services*»- le propuso a Kirsch replicar el controversial estudio; pero esta vez haciendo uso del *US Freedom of Information Act* para obtener los datos no publicados de las farmacéuticas que por ley habían sido enviados a la *Food and Drug Administration* (FDA), todo esto como requisito para su aprobación. La FDA, para contextualizar un poco, es el organismo regulatorio que extiende licencias a los medicamentos que surgen de los laboratorios corporativos; por tanto, el análisis que se efectúa es más que escrupuloso. Sin embargo, es por todos sabido que existe una cierta tendencia denominada como «*publication bias*»; dicha propensión no es otra cosa que el fenómeno donde se hace patente que sólo los resultados positivos son publicados, los negativos, huelga decir, se quedan en la alcoba. La primer gran sorpresa, nos dice Kirsch, fue dar cuenta de que había información extraviada en los archivos de la FDA; obviamente, esto salió a la luz porque eran patentes la incongruencias entre los informes y los datos. Pero, más allá de este obstáculo de procedimiento que podría achacarse a un error burocrático, lo interesante fue ver cómo se modificaron las conclusiones que aquel artículo de 1998 había arrojado:

*Analysing the data we had obtained from the FDA – data that included unpublished as well as published studies – we found even less of a drug effect than in our analysis of the published literature. Our analyses showed that 82 per cent of the response to medication had also been produced by a simple inert placebo. As conventionally interpreted, this means that less than 20 per cent of the response to antidepressant medication is a drug effect (Ibíd.: 27 - 28; énfasis en el original).*

Más allá del «*dirty little secret*» que el autor hace bien en sacar a la luz pública -ya que no realizó descubrimiento alguno, los expertos ya lo sabían (Kirsch, 2010: 38)-; y más allá también de todos los entresijos político-económicos que toscamente se mostraron bajo la pulcra piel estadística; la puntualidad de este ejemplo sirve para mostrar la pobre pertinencia terapéutica de los criterios epistémicos establecidos por Craver. Si bien el fenómeno de la depresión es uno complejo y que, por tanto, se requirió ver más allá de este para poder entenderlo a profundidad; cuando se reduce la explicación a los mecanismos subyacentes (es decir, al mecanismo de rencapsulación de serotonina), notamos que este tipo de explicación, en el ámbito terapéutico, tiene una eficacia menor de un 20 por ciento. Si mi querrela epistémica tiene sentido (aquella que aboga por una explicación que consiga efectos terapéuticos), el modelo de Craver sería epistémicamente insuficiente.

Ahora bien, Carl Craver bien podría defenderse de lo anterior apelando a que lo relativo a la rencapsulación de serotonina no es una «descripción completa» del mecanismo subyacente involucrado en el susodicho trastorno y que, por tanto, tan sólo representa un modelo explicativo incompleto de la depresión. Por tanto, el filósofo bien podría apelar a que en un futuro, más investigación de por medio, se podría convertir ese «*mechanism sketch*» en una explicación propiamente dicha. De hecho, en un artículo que él escribe junto con Gualtiero Piccinini, sostiene que las explicaciones funcionales de la mente son meramente «*sketches of mechanisms*» que dejan de lado algunos aspectos estructurales de la explicación por mecanismos subyacentes y que, una vez que ello se toma en cuenta y se elabore, podrán entonces ser consideradas explicaciones mecanicistas completas (Piccinini & Craver, 2011).

Sin embargo, (Von Eckardt & Poland, 2004) llegan a la conclusión de que las explicaciones que buscan dar cuenta de los trastornos mentales no pueden ser solamente explicaciones basadas en mecanismos constitutivos (por ende, sería un error pensar que una explicación por mecanismos subyacentes podría dar cuenta del fenómeno en su completud); dicho de otra forma, para estos autores las explicaciones constitutivas no pueden manejar todos los aspectos y todas las variables involucradas en el fenómeno

patológico de lo mental. Esto lo argumentan con base en dos aspectos (Von Eckardt & Poland, 2004: 982 - 983):

- a. No es posible reducir las capacidades cognitivas involucradas en los trastornos mentales a mecanismos constitutivos; ello es así porque dentro de estas capacidades se encuentran representaciones que no son constituidas meramente por la actividad neuronal y, por tanto, no es posible *localizar* ni los realizadores, ni la significación de dichas representaciones.
- b. Toda explicación que busque dar cuenta de los trastornos mentales debe también hacerlo con los criterios mediante los cuales semejante actividad cognoscitiva es etiquetada como patológica. Para lograrlo, se tiene que encontrar una explicación que eche luz sobre las comparaciones normativas (en el sentido estadístico del término) que están en la base de dichos criterios (tomando en cuenta a aquéllos que conforman el DSM-IV<sup>18</sup>); sin embargo, ni las normas ni las relaciones de esas normas entran dentro de la jerarquía que subyace la constitución de mecanismos.

Lo que se enreda en (b) simplemente deja ver que no es para nada atinado intentar construir una epistemología que busque dar cuenta de lo mental, en tanto que patológico, haciendo caso omiso de los desarrollos que ya se han efectuado en ese ámbito específico; es decir, si es el caso que la neurociencia tenga algo que ver con los trastornos mentales -justo como Craver lo afirma (Craver, 2007: x)-, debe de comenzar por establecer un diálogo con las disciplinas que, desde sus trincheras, ya se han ocupado del tema.

Lo establecido en (a), sin embargo, es más profundo de lo que pudiese parecer. De principio, lo que establece es que no es posible explicar mediante mecanismos subyacentes algo que no está localizado ni en el cerebro, ni en alguna otra parte del cuerpo. Los autores mencionan claramente que parte sustancial de lo que implica que una representación sea considerada como parte de algún trastorno mental se encuentra fuera del cuerpo (Von Eckardt & Poland, 2004: 980 - 983) ni, por tanto, son *epistémicamente reducibles* a los mecanismos neuronales.

---

<sup>18</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision.*

Por otro lado, la propuesta de William Bechtel intenta tomar en consideración lo anterior y, un tanto por lo mismo, no representa una aventura metafísica tan audaz como lo es el criterio epistémico de Craver. Como detallé anteriormente, Bechtel también sostiene la pertinencia epistémica del *instrumental* de los «*mechanistically mediated effects*» como respuesta a las querellas de «fuerzas inmateriales explicativas»; pero ello sin el dogma de los «mecanismos subyacentes». Bechtel acepta que un «mecanismo consiste de un conjunto de entidades que realizan ciertas operaciones de manera organizada para producir un cierto fenómeno»; pero que, para el ámbito de lo mental, se tienen que realizar ciertas especificaciones dado que:

*Mental mechanisms share these features, but operate not just to transform physical substrates but to process information. Hence, we will find that **mental mechanisms are often most usefully described in terms of the content they carry, not their intrinsic physical features*** (Bechtel, 2008: 48; el énfasis es mío).

Y así, en el hecho de que sea *más útil describir* los mecanismos mentales en términos de su *contenido*, no se encuentra necesariamente implicado que *la explicación* de los mecanismos mentales sea solamente en términos de los *mecanismos cerebrales subyacentes*<sup>19</sup> del fenómeno a comprender. Por lo tanto, la investigación de los mecanismos mentales se desenvuelve en *dos espacios con la misma valía epistémica*:

*The performance of a mental activity also involves material changes, notably changes in sodium and potassium concentrations inside and outside neurons, **but the characterization of them as mental activities does not focus on these material changes**. Rather, it focuses on such questions as how the organism appropriately relates its behavior to features of its distal environment-how it perceives objects and events distal to it, remembers them, and plans actions in light of them. **The focus is not on the material changes within the mechanism, but rather on identifying more abstractly those functional parts and operations that are organized such that the mechanism can interact appropriately in its environment**. Thus, mental mechanisms are ones that can be investigated taking a physical stance (examining neural structures and their operations) but also, **distinctively and crucially**, taking an information-processing stance* (Bechtel, 2008: 23; el énfasis es mío).

---

<sup>19</sup> De aquí justo que sea sumamente pertinente distinguir entre *mecanismo cerebral* (las entidades físicas y químicas involucradas en el funcionamiento de cierto sistema) y *mecanismo mental* (el *contenido* de esas entidades); diferencia que en muy pocas ocasiones se toma en consideración.

De ahí que Bechtel sostenga una *autonomía incluso epistémica* de las distintas ciencias involucradas en el estudio de lo *psíquico*; a diferencia de Craver, Bechtel sostiene que aunque asumamos que tenemos un conocimiento completo del mecanismo de cierto fenómeno, ello no brinda toda la información necesaria para comprenderlo. Bechtel utiliza el mecanismo de la memoria como ejemplo:

*Again, assume we are in possession of a full account of the mechanism(s) involved in encoding and retrieval of episodic memories. Moreover, assume we know all the brain regions involved, what operations each performs, and how they are orchestrated in the service of encoding and retrieving memories. With such information we might hope to understand why some events are better encoded than others, how different kinds of memory cues will succeed in eliciting recall of the events, and even why subjects develop false memories and confabulate in recalling events. But this information will not tell us what events the individual was exposed to in the first place, what sorts of experiences they had between encoding and recall, or what demands for retrieval the individual encounters. **This requires not investigations into the internal operations of the responsible mental mechanism but accounts of such things as the persons experiences, the opportunities they had for rehearsing the experience, the renditions of the event they heard from others, and the situations in which they are trying to recall it** (Bechtel, 2008: 152; el énfasis es mío).*

Para Bechtel, por tanto, el ámbito del mecanismo mental, a pesar de ajustarse a la querella epistémica de los «*mechanistically mediated effects*», está más allá del constreñimiento epistémico de los «mecanismos subyacentes»; esto se nota con mucho mayor claridad en un artículo él escribe junto con Cory D. Wright donde el eje gira en torno a la pregunta sobre la *explicación psicológica* (Bechtel & Wright, 2009). La diferencia que se establece así para con la postura de Craver se retrotrae a la concepción misma de mecanismo; si para este último un mecanismo sólo es tal en tanto que constituido por entidades físicas y/o químicas identificables en el nivel inferior, para Bechtel, en el ámbito de lo mental, un mecanismo no necesariamente está constituido de esa manera. El foco está justo en la forma en la cual los mecanismos son identificados (aunque contruidos sería más atinado; pero pensar sobre esto me alejaría de los objetivos del presente texto):

*The major tasks in developing mechanistic explanations in psychology are to identify the parts of a mechanism, determine their operations, discern their organization, and finally, represent how these things constitute the system's relationship to the target explanandum [...]*

*Additionally, a given mechanistic activity is always constrained by its environmental conditions [...]*

*As noted, **environmental contexts often figure centrally in determining the activities of mental mechanisms, and therefore have a non-trivial role in being represented in the explanans of a mechanistic explanation*** (Bechtel & Wright, 2009; el énfasis es mío).

Por lo tanto, para Bechtel: *“Psychological explanation is integrated into the explanations offered in related sciences, but retains its own identity”* (Bechtel & Wright, 2009); es decir, *no es necesario apelar a los mecanismos subyacentes para sostener que las explicaciones psicológicas son epistémicamente correctas o completas; la ciencia psicológica tiene la autonomía necesaria para construir sus propios criterios epistémicos.*

Ahora bien, la propuesta de William Bechtel es una que intenta abarcar la generalidad del ámbito psicológico pero, dado que mi intención se cierne sobre los trastornos mentales, me es necesario enfocarme específicamente en este campo. De aquí que la luz ahora la centre en el tercer y último estadio que anteriormente mencioné, el *programa de investigación psiquiátrico.*

En última instancia, parte nuclear del quehacer científico recae en la «honestidad intelectual» de aquél que lo practica (Lakatos, 1973)<sup>20</sup>; Carl Craver podría ser un buen representante de la actividad científica. Si bien él estableció en un primer momento que la neurociencia debería de enfocarse en lo patológico y, por su parte, lo que yo he estado escribiendo apuntó a mostrar cómo su concepción epistémica de los mecanismos subyacentes no alcanza a dar cuenta cabal de los trastornos mentales; pues es este filósofo quien, junto con Kendler y Zachar, construye un instrumental para intentar subsanar justamente aquella deficiencia que presentó su anterior modelo explicativo; en su artículo de 2011 *What kinds of things are psychiatric disorders?* desarrollan la

---

<sup>20</sup> Si bien lo que Lakatos construye alrededor del concepto de «honestidad intelectual» es mucho más complejo que esto; para el caso, no es necesario profundizar más.

propuesta de «*mechanistic property cluster*» (MPC) como forma de explicación de los trastornos mentales; pero cabe acotar, ahora redefiniendo el campo como ‘trastornos psiquiátricos’.

El modelo explicativo del MPC define los trastornos psiquiátricos como: “*sets of symptoms that are connected through a system of **causal relations***” (Kendler, et al., 2011: 1148; el énfasis es mío); y, más importante aun, este modelo “*recognizes the potential relevance of **many different kinds of causes** (evolutionary, developmental, genetic, physiological, psychological, behavioral, social)*” (Kendler, et al., 2011: 1148; el énfasis es mío). Por tanto, el MPC se distancia radicalmente del modelo de mecanismos subyacentes por al menos una característica de suma importancia: se habla con impunidad de *causalidad internivel* y, por lo mismo, se acepta que existen propiedades causales que del ambiente influyen en la constitución y mantenimiento de un trastorno psiquiátrico.

No está de más resaltar el hecho de que fueron las mismas manos que en un principio desestimaron por su «misticismo» a los poderes causales internivel las que, cuando el modelo que construyen se piensa para explicar los trastornos mentales, borran de un plumazo aquella limitación pilar de una ciencia epistémicamente unificada. Ahora bien, la importancia del artículo de Kendler, Zachar y Craver no se ciñe a lo anterior. Ellos no sólo abogan por su modelo de los MPC como el más viable para la construcción de una clasificación psiquiátrica (lo que se conoce también como nosografía), también se dedican a mostrar cómo los otros modelos nosográficos tienen serias limitaciones; es decir, *los autores afirman que en la actualidad no existe un modelo científico que pueda dar cuenta cabal de los trastornos mentales*, ni de su definición ni, por lo mismo, de una clasificación consistente. Por lo tanto, la propuesta que surge del programa de investigación propuesto por (Kendler; et al., 2011) implicaría *la reconstrucción total de la actual clasificación psiquiátrica*; los autores afirman que solamente así se podría comenzar realmente a progresar científicamente en este ámbito del saber. El trabajo que nos heredan, suponiendo que tengan razón, es por tanto enorme; a grandes rasgos, implica empezar desde cero.

## 2.3. Hacia una *episteme* de lo *psíquico*

Un breve resumen podrá ayudar a clarificar mi argumento.

Si como mencioné en un principio, la forma en la cual se caracterizan los fenómenos emergentes implica una cierta figuración de lo que se está entendiendo por complejidad y, a su vez, esto se encuentra en estrecha relación con el afán explicativo que pueda hacerse de los fenómenos: el tipo de emergencia fuerte sostenida por Dupré y que resulta atinente para el ejercicio epistémico en biología *no* es pertinente para las pretensiones de conocimiento que puedan tenerse en el campo de los trastornos mentales. Es decir, los criterios de una explicación válida en el ámbito biológico no pueden ser los mismos cuando pensamos en la *clínica de lo psíquico*. Entonces, se torna necesario desarrollar otra concepción de complejidad que atienda a las necesidades epistémicas que son inherentes a la emergencia de los fenómenos psíquicos. Esta nueva forma de concebir la emergencia no necesariamente debe de hacer uso de entidades inmatrimales con poderes causales; si los mecanicistas gustan en proponer entidades y nadie -o casi nadie- interpone queja alguna, por el momento me tiene sin cuidado. Para los motivos del presente texto y bajo el actual estado de cosas, no es necesario postular la existencia de una 'causalidad descendente' para generar modelos que pueda explicar los trastornos mentales; basta con postular su *necesidad epistémica* para la consecución de una buena explicación en el ejercicio clínico -explicación que desde la perspectiva biológica no es posible conseguir. Tal como dijo Paul Ricoeur, no es necesario postular un dualismo esencial en el ser humano; basta con postular un dualismo como epistémicamente necesario para la comprensión de lo humano (Changeux & Ricoeur, 1998: 21 y 22). En este sentido, *el tipo de emergencia que, desde mi punto de vista, puede caracterizar la complejidad de los fenómenos que intentan ser abordados por un concepto tal como lo es el de trastornos mentales, es una emergencia meramente epistémica, eso sí, fuerte y autónoma, pero epistémica. Desde mi perspectiva, es solamente desde esta base que se podrá generar un conjunto estable de conocimientos que puedan echar luz sobre los*

*trastornos mentales y, más importante aun, incidir sobre ellos. El Proyecto Psiquiátrico, por tanto, deberá guiarse por este precepto epistémico.*

# 3. El Proyecto de Investigación

## Psiquiátrico

Si bien la conclusión a la que llegué en (2.2) implicaba la afirmación de que *no disponemos actualmente de un modelo científico que pueda dar cuenta cabal de los trastornos mentales*; no se tiene que ser muy sagaz para de ahí inferir el por qué tampoco *existe una definición de lo que un concepto como el de salud mental deba de implicar para el desarrollo y correcto ejercicio de las políticas públicas en esa materia* (ver: 1). Justo de aquí la importancia de generar un Proyecto de Investigación Psiquiátrico que haga las veces de base para un posterior Plan Integral de Salud Mental en México.

Ahora bien, este Proyecto de Investigación Psiquiátrico no sólo no debe ser ciego a la historia y desarrollo de los esfuerzos que hasta la fecha se han empeñado en echar luz sobre los trastornos mentales; sino que su núcleo debe de estar estructurado tomando en consideración las conclusiones que el estudio de este campo ha develado. Así, el fin último de este Proyecto apuntaría a la construcción de un *espacio de investigación* enfocado específicamente al ámbito de la *clínica psiquiátrica*. Esto merece un paréntesis.

*Psiquiatría* es una palabra compuesta por dos vocablos griegos: por un lado se encuentra el concepto *psykhé* que hace referencia al ‘alma humana’; en segundo término aparece *iatreía*, que significa ‘arte de curar’. Como se podrá observar, por definición, *la psiquiatría es una terapéutica*; o, dicho en otras palabras, cualquier ejercicio que no esté enfocado en el tratamiento de los trastornos mentales no podría ser considerado como un acto psiquiátrico y, por ende, todo intento que pugne hacia ello debería de ser englobado dentro del campo psiquiátrico. Ahora bien, esto no es del todo cierto. La palabra ‘psiquiatría’ no aparece sino hasta 1808 cuando fue postulada Johann Christian Reil; aun así, son varios los historiadores, psiquiatras y filósofos que establecen que esta

disciplina nació unos años antes (Lantéri-Laura, 1998; Micale & Porter, 1994; Pichot, 2009); su aparición se ciñe entonces al año de 1801 y a la publicación del '*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*' de Philippe Pinel. Así, la psiquiatría propiamente dicha surge en los albores del siglo XVIII siendo una *psiquiatría científica*. Por tanto, no «todo intento que pugne hacia la 'curación del alma' deberá ser englobado dentro de la psiquiatría»; sino solamente aquel *intento que desde la ciencia se enfoque en el tratamiento de la enfermedad mental*.

Sin embargo, la psiquiatría es más que una empresa científica; ella no puede reducirse meramente a un *lógos*, es -y fundamentalmente- una *iatreía*. De aquí que no cualquier empresa epistémica que busque dar cuenta de los trastornos mentales podrá verse englobada dentro del Proyecto Psiquiátrico, sino solamente aquellos emprendimientos que impliquen una terapéutica (esto lo trabajo con más detenimiento en: (Gallardo, 2012). Por tanto, la psiquiatría, más que una ciencia, es una *clínica*.

Por *clínica* me refiero específicamente a aquella práctica que emerge de *la experiencia de la mirada positiva*, es decir, a ese:

[...] nuevo perfil de lo perceptible y de lo enunciable: nueva distribución de los elementos discretos del espacio corporal [...], reorganización de los elementos que constituyen el fenómeno patológico [...], definición de las series lineales de acontecimientos mórbidos [...], articulación de las enfermedades en el organismo [...] (Foucault, 1953: 13 – 14).

Es esta *experiencia clínica* la que brinda la posibilidad de estructurar el trastorno dentro de un discurso científico; por tanto, *la clínica es la aleación del saber científico y el arte de la curación*. El Proyecto de Investigación Psiquiátrico es, en su núcleo, un esfuerzo clínico.

Ahora bien, del hecho de que «no dispongamos actualmente de un modelo científico que pueda dar cuenta cabal de los trastornos mentales», no se sigue que a lo largo de la breve historia de la psiquiatría no hayan existido diversos *Programas de Investigación* que hubieran encaminados sus esfuerzos hacia ello. Sin embargo, «al no existir una historia de la psiquiatría como tal» (Huertas, 2001), no disponemos de una *organización* que

permita estudiar a detalle los aciertos y errores de estos esfuerzos; parte central del Proyecto de Investigación Psiquiátrico vendría a enfocarse en subsanar lo anterior.

A grandes rasgos, este Proyecto tiene un doble fin: sus miras apuntan a estructurar el desarrollo histórico de la psiquiatría de tal forma que se permita la *evaluación por confrontación* de los distintos programas de investigación para, en primer lugar, dar cuenta si ha existido o no un progreso en esta disciplina y, con base en ello, poder desarrollar el segundo objetivo que iría en pos de establecer las bases que permitan el desarrollo ulterior de la investigación en psiquiatría (ver: Gallardo, 2012).

Por tanto, el Proyecto de Investigación Psiquiátrico, tal y como yo lo concibo, comparte la mayor parte de las características de lo que que Larry Laudan construye como «*research tradition*».

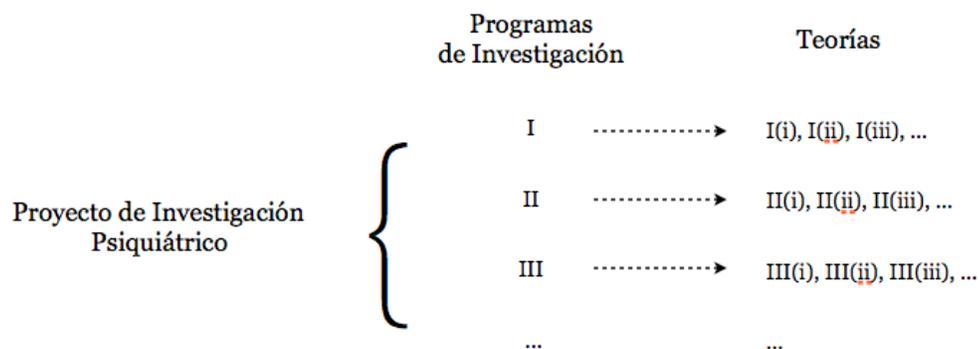
[...] *a research tradition provides a set of guidelines for the development of specific theories. Part of those guidelines constitute an ontology which specifies, in a general way, the types of fundamental entities which exist in the domain or domains within which research tradition is embedded. The function of specific theories within the research tradition is to explain all the empirical problems in the domain by “reducing” them to the ontology of the research tradition [...]. Moreover, the research tradition **outlines the different modes by which these entities can interact** [...]* (Laudan, 1977: 78 y 79; énfasis en el original).

Así, el Proyecto de Investigación vendría a proponer una serie de criterios que los distintos programas tendrían que acatar si quisieran verse englobados dentro del Proyecto. Ahora bien, el Proyecto de Investigación Psiquiátrico (así, en singular) no es una *tradición de investigación* por el solo hecho de que de él *no* se desarrollan teorías específicas; más bien, el Proyecto de Investigación construye las bases para el desarrollo de Programas de Investigación (en plural) desde los cuales, ahora sí, se *derivan* teorías empíricas (por Programas de Investigación entiendo lo que Imre Lakatos construye como su Metodología de los Programas de Investigación Científica<sup>21</sup>).

---

<sup>21</sup> Para Lakatos son dos los elementos o «reglas metodológicas» que conforman un programa de investigación: a) una «heurística negativa» o «núcleo firme»; y b) una «heurística positiva» o «cinturón protector». A grandes rasgos, mientras que la heurística negativa «nos dice las rutas de investigación que deben ser evitadas» (de ahí justo su negatividad); la heurística positiva, en cambio, «establece los caminos que deben seguirse» (Lakatos, 1970: 65).

Este paso intermedio entre el Proyecto de Investigación y las teorías empíricas obedece tanto a la especificidad del campo psiquiátrico como a los objetivos del Proyecto. Si bien la psiquiatría a la luz de su historiografía más que mostrarse como un «conjunto arquitectónico homogéneo», se nos presenta más bien como «un rompecabezas hecho de piezas con origen, extensión y conceptualización muy a menudo poco compatibles y redundantes» (Bercherie, 1980); la rigidez con la que Lakatos construye sus Programas de Investigación (mucho más estricta que la flexibilidad que presentan las *tradiciones de investigación* de Laudan) va mucho más acorde con los fines evaluativos del Proyecto de Investigación Psiquiátrico. Un esquema podría ayudar a esclarecer mi propósito.



Esta organización permitiría, entonces, comenzar a reconstruir una *historia racional* de la psiquiatría. Ahora bien, el primer y principal criterio *deontológico* del Proyecto Psiquiátrico, como mencioné anteriormente, sería establecer que *todo esfuerzo epistémico que busque dar cuenta de los trastornos mentales, debe de encaminar una terapéutica*. Este criterio es de vital importancia puesto que, de principio, excluiría del Proyecto a todos aquellos intentos meramente epistémicos; esfuerzos que, más que centrarse en la «*iatreía*», buscan generar definiciones necesarias y suficientes lógicamente independientes de su poder terapéutico<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> “Now I firmly believe that “conceptual analysis,” taken as a search for necessary and sufficient conditions for the application of terms, or as a search for criteria for application by reference to which a term has the meaning it has, is a confused program, a philosophical chimera, a squaring of the circle, the misconceived child of a mistaken view of the nature of language and thought” (Millikan, 1989: 297; énfasis en el original).

El segundo criterio, ahora metafísico, implica el sostenimiento de una *autonomía epistémica* de los distintos programas del Proyecto. Justo como relaté en (2.2), el constreñimiento materialista sólo representa un lastre para el desarrollo de la clínica psiquiátrica. Esto no quiere decir que yo abogue por la *existencia efectiva* de las *entidades teóricas* que puedan proponerse; al contrario, las discusiones que se centran en ello sólo representan una «irrelevancia psicológica» carente de interés epistémico-evaluativo; Lakatos lo expresa así:

Pero si bien todos los centros firmes puedan ser falsos, el que se crea ello o no se crea, es una irrelevancia psicológica. *Mi metodología no está interesada de ningún modo en las creencias.* Algunos científicos pueden sentir la necesidad psicológica de creer que los 'centros firmes' de sus programas sean verdaderos; pueden fomentar un 'compromiso' kuhiano hacia ellos. En la evaluación objetiva de teorías o programas de investigación se ignoran tales debilidades de la psique humana. Mientras prevalezca el punto de vista de que el objetivo supremo de la ciencia es la búsqueda de la verdad, se debe saber que el camino hacia la verdad pasa por teorías falsas que se mejoran continuamente. Es por ello ingenuo pensar que un paso particular forma ya parte de la verdad o pensar que alguien se encuentra en el verdadero camino (Lakatos, 1971b: 147; énfasis en el original).

Por lo que la *autonomía epistémica* de los distintos programas siempre será respetada si y sólo si se encuentra dentro de la *cláusula deontológica* antes propuesta. Ahora bien, este segundo criterio del Proyecto, siendo justo el de mayor importancia para los objetivos del presente escrito, tiene que ver con la piedra angular de todo el edificio; traducido formalmente se leería de la siguiente forma: *el Proyecto de Investigación Psiquiátrico tiene que construirse desde una postura pluralista.* En lo que resta del apartado buscaré entonces sostener la pertinencia de este criterio.

### 3.1. El pluralismo y sus límites

Hablar de pluralismo suele ser asaz confuso. Uno de los principales factores que alimentan este embrollo es que existe un amplio espectro de espacios a los cuales se les puede agregar el calificativo de plurales; por ejemplo, se puede aplicar al ámbito de lo moral, se puede adjudicar también al plano científico, al conceptual, discursivo, cultural, etcétera. A pesar de que la tesis pluralista incide directamente en cada uno de estos recintos, el tratamiento que se hace de esta postura desde cada trinchera es relativamente distinto. Sin embargo, y para comenzar, resulta atinado realizar una caracterización general de esta tesis. León Olivé, en su libro intitulado *Multiculturalismo y pluralismo*, describe el argumento pluralista como configurado de la siguiente manera (Olivé, 1999: 121 - 122, 124 - 125; la organización es mía):

- A. Las representaciones que hacemos de la realidad necesariamente se hacen desde cierto punto de vista, con intereses y propósitos específicos, y no hay razones para creer que deben converger en una representación única -más bien hay razones para pensar que eso es imposible-; por tanto:
- B. existen diferentes maneras legítimas de conocer la realidad.
- C. El pluralismo rechaza, pues, la idea de que existe, de hecho o potencialmente, una única representación completa y verdadera de la realidad a la cual deban acceder todos los seres humanos y, por ende;
- D. acepta la posibilidad de que haya visiones del mundo incompatibles en varios aspectos, y que las creencias o las teorías que cada una adopta sean correctas.
- E. Sin embargo, en virtud de los constreñimientos que impone la realidad, no todos los puntos de vista son igualmente correctos o válidos. Ni todo da igual, ni todo está permitido.

Como se podrá observar, (B) sería la tesis pluralista por antonomasia; (A) sería su sustento, (C) y (D) vendría a ser sus corolarios y (E) una cláusula que acota la potencia

de la tesis. Sin embargo, y dado que en el presente escrito no busco defender la viabilidad de una postura pluralista global sino explorar su pertinencia para el ámbito de la ciencia enfocada en los trastornos mentales; a continuación abogaré brevemente por (A) desde las trincheras de la *representación científica* (sobre el entendido de que, si llego a mostrar su adecuación, en principio, el edificio pluralista podría sostenerse).

Bas C. Van Fraassen escribe un libro en el 2008 intitulado *Scientific Representation: Paradoxes of Perspective* donde justamente busca echar luz sobre este tema asaz desatendido. Lo que él construye ahí es todo un sistema que permite observar el quehacer científico desde lo que van Fraassen llama «*empiricist structuralism*»; sin embargo, no me detendré a relatar lo aseverado por él en el texto citado<sup>23</sup>, en cambio, me centraré solamente en uno de los argumentos que van Fraassen ahí esgrime para sostener su postura ya que mantiene una íntima relación con (A); hago referencia a su argumento de la *indexicalidad* de toda representación.

La indexicalidad es el nombre que recibe la primer parte de la afirmación (A) de Olivé, a saber: «las representaciones que hacemos de la realidad necesariamente se hacen desde cierto punto de vista»; es decir, una representación siempre será indexical dado que es un *sujeto* quien la construye. Lo que ello implica es, en primer lugar, que no existe «la mirada de Dios» o, dicho en palabras más claras: “[*There is*] *no absolutely neutral standpoint outside theories and practices from which to evaluate them*” (Elgin, 2010: 13). Y así, la indexicalidad no sólo se alimenta del legado que la discusión sobre la «carga teórica de la observación»<sup>24</sup> nos ha heredado; a su vez, complementa dicha reflexión con lo que implica el *acto de representación* hecho por un sujeto con ciertos «intereses y propósitos específicos». Las consecuencias de esto son mayores de las que se puedan prever en un primer momento. Iré por partes.

En primer lugar es necesario distinguir entre una *representación* y un *calco de algo*. Si bien es cierto que para que una *copia* sea exitosa resulta imperioso que exista un *cierto parecido* con aquello que se quiere reproducir; para la *representación científica* no es el

---

<sup>23</sup> (Elgin, 2010) realiza un excelente resumen analítico del libro de van Fraassen.

<sup>24</sup> (Olivé & Pérez, 1989) realizan un excelente compendio sobre estos menesteres.

caso. Como mencioné anteriormente, una representación siempre tiene un fin y se encuentra dentro de un contexto determinado; por otro lado, uno de los aspectos que definen a la representación científica es que tiene un *uso epistémico* especificado por cierto sujeto previamente (al menos en términos lógicos). Ronald Giere establece la relación representacional de la siguiente manera:

*S uses X to represent W for purposes P (Giere, 2004: 743).*

Y así, mientras que para establecer la exactitud de un calco no es necesario mirar más allá del objeto a reproducir y la copia que de él se hace, es decir, la relación entre lo que es el objeto y lo que se encuentra en su reproducción; para establecer la pertinencia de una representación no es suficiente mirar el «artefacto representacional» y aquello que se busca representar, es menester también observar el *uso* que se le da, su puesta en práctica y el contexto en el cual se establece que este «acto de representación» (*representing*) funciona para ciertos objetivos.

De lo anterior se sigue que el «parecido» no sea el criterio adecuado para evaluar la pertinencia de una representación; a tal grado de que se pueda afirmar que, no importando que una representación sea parecida a aquello que quiera ser representado, este artefacto representacional no sería una *representación exitosa* del objeto (van Fraassen, 2008: 17). Esto, *grosso modo*, se debe a dos factores. El primero de ellos resulta mucho más claro en el ámbito artístico. Pensemos en la pintura, especialmente en el retrato: si uno quisiera representar un rostro sobre un lienzo resulta necesario efectuar *ciertas distorsiones* para que se pueda percibir correctamente en dos dimensiones; uno no calca objetos tridimensionales, uno efectúa una «distorsión selectiva» que permite representar el objeto correctamente. De aquí que van Fraassen resalte que el ejercicio científico utiliza «*useful misrepresentations*» en su quehacer; ello debido a que, según este filósofo, en última instancia toda representación científica es una que se realiza dentro de algún espacio matemático (a sabiendas de que la matemática no es reducible a números y operaciones algebraicas).

El segundo factor está íntimamente relacionado con la *intencionalidad epistémica* de toda representación científica o, dicho en otras palabras, de todo *modelo* en ciencia. Para

Ronald Giere, una de las características principales de los modelos es que ellos representan el mundo *parcialmente* (Giere, 1999). Ahora, y también para este filósofo, el éxito de esta representación parcial es relativo a los *intereses* del investigador que realiza dicho acto; sin embargo, el acento que Giere posiciona sobre este hecho implica dar cuenta que es el científico quien escoge qué rasgos del mundo representar; de aquí que *todo modelo sea dependiente de la pretensión epistémica que anima a su constructor*.

Resumiendo. Si los modelos científicos parten de representaciones parciales que se constituyen en parte distorsionando selectivamente ciertos rasgos de aquéllo que se busca representar, de principio, esto interdice la posibilidad de construir un modelo general de la ciencia conformado por modelos independientes que embonen a la perfección (y esto sostiene la conclusión más fuerte de (A)). Desde esta perspectiva, por ejemplo, la propuesta primera de Craver de construir un mosaico de modelos que permitan unificar a la ciencia queda descartada. Pero esto no es todo; dado la existencia de una *intención* detrás de todo acto de representación, van Fraassen sugiere que no sería sorprendente que la relación representacional cambie según el contexto de uso (van Fraassen, 2008: 27); es decir, que un modelo que representa correctamente cierto aspecto del mundo para un campo específico del saber, sea un mal modelo cuando se intente utilizar en otro ámbito científico.

*What we can conclude, at least, is that **use**, in the appropriate sense, must determine the selection of likenesses and unlikenesses which may, in their different ways, play a role in determining what the thing is a representation of, and how it represents that* (van Fraassen, 2008: 23; énfasis en el original).

Ahora bien, de todo esto no se sigue que uno pueda representar la realidad de cualquier manera; de aquí la importancia de (E). Este criterio está postulado justo para evitar todo

tipo de implicación relativista<sup>25</sup> en el sentido de que *cualquier modelo sea posible*<sup>26</sup>. Sin embargo, no está de más notar que la maniobra se realiza a partir de un presupuesto realista, a saber (Olivé, 1999: 126):

- i. Existe algo que llamamos la realidad. Como no sabemos nada más de eso que llamamos realidad, diremos que existe X = realidad.
- ii. La existencia de X es independiente de toda representación y de toda práctica de los seres humanos o de cualquier ser cognoscente y práctico.
- iii. X tiene una estructura que también es independiente de toda representación y de toda práctica de los seres humanos o de cualquier ser cognoscente y práctico.

Sin embargo, el presupuesto realista no tiene injerencia epistémica, se apela a su eficacia lógica solamente para zanzar el camino; pero dado que, por definición, «no sabemos nada» de X y es independiente de todo «ser cognoscente y práctico», no podemos recurrir a la realidad para justificar nuestras proposiciones. *De aquí que, para la ciencia, sea el uso y todo lo que se ve envuelto en él lo que determina los criterios epistémicos desde donde se juzgarán las proposiciones que hagamos sobre el mundo.*

---

<sup>25</sup> Es un sitio común malinterpretar al relativismo; tan es así que muchos se regodean construyendo *muñecos de paja* de esta postura para poder impunemente achacarle insensatez (justo como (Goodman, 1992) quien suscribe seis dogmas según esto relativistas pero que ningún relativista en su sano juicio aceptaría). (Ibáñez, 1994) escribe un texto que sí puede hacer las veces de base para un relativismo bien argumentado.

<sup>26</sup> Generalmente se habla aquí del «*todo vale*» y, con ello, se gusta en referir a Feyerabend; nada más desatinado. Los autores que así lo argumentan solamente muestran con ello o una lectura emprobrecida, o un ciego sometimiento a los *decires* de malos lectores. Cuando Feyerabend en su célebre *Against Mehtod* saca a colación su tan afamado «*anything goes*» (cuya traducción más atinada implicaría cambiar ese «todo» por un «cualquier» -no hay que ser matemático para saber la diferencia-), lo hace en explícita crítica al método que para la ciencia Popper se regodeaba en proponer como único y racional; es decir, que si uno quisiera sentirse con la presunción de dictar el único método cabal y aceptable para el quehacer científico, este tendría que ser un «*anything goes*» y no el racionalismo crítico (que, dicho sea de paso, Lakatos lo refuta en su texto (Lakatos, 1971)). Aun así, parece que ciertos supuestos filósofos tampoco se toman la molestia de leer las notas al pie, pues la tan afamada frase de Feyerabend viene acompañada con una nota donde él afirma el *carácter de broma* con el que pensó la redacción de ese párrafo (hay que recordar que Feyerabend se inscribe terminantemente bajo la idea de que la filosofía se hace en diálogo público (como los griegos), y no tras los escritos académicos; es por ello que la retórica toma un papel de primerísima importancia en las discusiones filosóficas -más allá de si se acepte o no esta postura, en vez de criticar el «todo vale» tendría que criticarse los presupuestos desde donde nace-).

Ahora bien, con esto como antecedente, puedo entonces analizar específicamente qué se propone como *pluralismo científico*. León Olivé lo establece apegándose a cuatro tesis (Olivé, 2000: 135; la organización es mía):

- I. En la ciencia no hay ningún conjunto fijo de fines que sean los únicos fines legítimos a perseguir;
- II. aunado a ello, en la ciencia tampoco existe algún conjunto fijo de reglas metodológicas que sean las únicas reglas metodológicas legítimas para aplicar en la ciencia y, por tanto:
- III. no hay ninguna esencia que sea constitutiva de la ciencia de una vez y para siempre, por ende;
- IV. el progreso científico siempre tiene que ser evaluado de acuerdo con un conjunto específicos de fines, de valores y de reglas que son relativos a algún contexto.

Como se podrá observar, mientras la tesis pluralista general se enfocaba en la forma en la cual nosotros construíamos nuestras representaciones del mundo; la tesis del pluralismo científico se centra, más bien, en cómo es que se establece su pertinencia, es decir, el acento recae sobre la *institucionalización* de las formas; se habla entonces del *método* (aunque justo la tesis pluralista implica *que no existe un método único para el quehacer científico*).

Ahora bien, desde mi perspectiva, se puede establecer que en el núcleo de toda postura pluralista se encuentra una *imposibilidad radical* de acceder a una *verdad última* o *fundamento estable* desde donde poder construir toda empresa de conocimiento; esto podría representar, por tanto, un *límite infranqueable* inherente al quehacer epistémico. Y en efecto, así es. Sin embargo, más allá de rasgarse el pecho con querellas o, peor aun, de buscar solapar esta imposibilidad con ciegos intentos argumentativos; la «honestidad intelectual» (Lakatos, 1973) debería de implicar un esfuerzo constante para sobrellevar de la mejor manera posible esta limitación. Esto es justamente lo que una postura pluralista sobre la ciencia intenta realizar. Por ejemplo, una de las propuestas que se han

generado para que la ciencia se desarrolle con mayor rapidez desde esta ausencia de fundamento último apunta a la «proliferación de teorías» (Feyerabend, 1965) en el sentido de que, mientras existan más propuestas que busquen explicar un fenómeno determinado, es más fácil conducir «experimentos cruciales» que permitan el avance del proyecto epistémico (puesto que «el campo de batalla» en el que se convertiría la ciencia favorecería el progreso (Lakatos, 1970)). A grandes rasgos, a esto se le conoce como «anarquismo metodológico»<sup>27</sup>. Sin embargo, esta postura fue creada a partir de la idea decinomónica de ciencia, es decir, de aquella que se encargaba de pensar en las trayectorias imaginarias de puntos en el espacio lógico-abstracto de la física y de la matemática. Por tanto, este pluralismo científico meramente epistémico deja de lado cuestiones fundamentales que deben de tomarse en cuenta cuando, por ejemplo, uno centra su atención en las disciplinas biológicas, en especial en el ámbito de las ciencias médicas donde el espacio abstracto es, finalmente, un ser humano que padece. Por lo tanto, uno no puede simplemente abogar por *todas* las alternativas posibles. Si bien parte fundamental del pluralismo implica *tolerancia* (tanto en el ámbito moral, como en el cultural, científico y demás (Arteta, 2008)); pensar que un pluralismo enfocado en los trastornos mentales puede abrir camino a «todas las alternativas» posibles nos haría caer en una *falsa tolerancia*. Ahondaré un poco en esto.

Aurelio Arteta hace bien en distinguir entre una verdadera y una falsa tolerancia; y la diferencia radicaría en que esta última «tiende a rebasar sus límites y a tolerar lo intolerable» (Arteta, 1998). Ahora bien, en su texto *La filosofía como barbarie*, Arteta también nos dice que esta forma de observar el panorama no es para nada novedosa; su importancia es tal que ya se había llamado la atención sobre este particular matiz del término que ahora me compete caracterizar; así, nuestro autor menciona que, por ejemplo, Marcuse la llamaba ‘tolerancia indiscriminada’, Bobbio la nombró ‘negativa’, Garzón Valdés la etiquetaba de ‘insensata’, etcétera. Pero que, a fin de cuentas, el acento debe de posicionarse en que “[...] no puede haber enemigo mayor de una tolerancia verdadera que la incapacidad de discernir entre esa verdadera y otra falsa; o sea, entre lo que debe tolerarse y lo que no” (Arteta, 2008: 361); es decir:

---

<sup>27</sup> A pesar de que fuese feyerabend quien la propusiera, él mismo poco después la abandona frente a la críticas que Imre Lakatos le hizo bien con señalar (Mottlerlini, 1999: 298).

Instaurar la tolerancia o practicarla, tanto en el orden privado como en el público, presupone conocer y aceptar que esa tolerancia tiene límites. Esos límites son en realidad los garantes de su sentido. Propiamente sólo tolera quien sabe qué, cuándo y cuánto no debe tolerar, o sea, quien sabe hasta dónde llega el derecho del otro a ser tolerado (Arteta, 2008: 355).

Ahora bien, a pesar de que Arteta da razones para sostener una postura positiva para la tolerancia en general, es decir, para el ámbito moral, político y una epistémico; debido a los objetivos del presente escrito me centraré solamente en este último grupo de razones. La idea es simple:

Contra lo que suele entenderse, la tolerancia resulta condición imprescindible para avanzar en la búsqueda de la verdad [...] Sólo el dogmatismo intolerante del fanático bloquea esa posibilidad, al suponer falsamente que su certidumbre es ya prueba de verdad y que en esta materia la razón está de su parte (Arteta, 2008: 353).

Lo anterior abre una vena nada trivial, sobre todo cuando lo que surge es que, en un ámbito científico plural, siempre existe un amplio espectro de teorías o discursos que afirman ser más razonables que sus opuestas. Es por lo anterior que, como bien afirma Arteta, la tolerancia no es una meta sino un punto de partida y que, por tanto, existen «situaciones que necesitan que la tolerancia deba trocarse en una virtud más eficaz»; es entonces que se abre el espacio al ejercicio crítico.

Objetivamente hablando, la tolerancia comporta una disposición al cuestionamiento permanente de nuestras creencias o prejuicios, al examen comparativo de valores de las normas propias con las ajenas, etc. (Arteta, 2008: 373).

A este compromiso crítico afanado en intercambiar razones con el adversario algunos lo llaman, frente a la mera o simple tolerancia, una tolerancia completa (*full tolerance*). Parece preferible decir que en tal caso nos encontramos más allá de la tolerancia y ante otra virtud cívica que cabría denominar espíritu crítico o algo parecido. Esta nueva virtud será un complemento, una especie de derivación o culminación lógica de la tolerancia, hasta el punto de que, a falta de ella, una tolerancia aislada levantaría sospechas de traducir cierta resignación o desinterés (Arteta, 2008: 371 y 372; énfasis en el original).

Para resumir.

Como se podrá observar, el núcleo pluralista del Proyecto es justamente la fuente de donde brota su fuerza. Si bien en la actualidad no existe *una* teoría central en el campo psiquiátrico, el Proyecto de Investigación, por un lado, tendrá como fin organizar la cacofonía que emerge del barullo desde el cual la clínica psiquiátrica se ha estructurado a lo largo de su historia<sup>28</sup>. Solamente así se podrán sentar las bases para un *posible* desarrollo ulterior de esta disciplina<sup>29</sup>. Y, a su vez, es sólo desde esta nueva estructuración que el Proyecto podrá pugnar por una sinergia que permita conjugar todas las voces bajo un mismo coro: la *iatreía*. Por tanto, el Proyecto de Investigación Psiquiátrico es, al mismo tiempo, una *agenda política*.

### **3.2. Una política pluralista para la salud mental**

Si bien a lo largo del presente texto he ahondado tanto en lo que implica el concepto de pluralismo como en lo que se enreda en las distintas concepciones de los trastornos mentales; me he detenido muy poco en lo que respecta a lo que estoy entendiendo por *política*. Creo que un buen primer paso sería desarrollar brevemente esto último.

Por ‘política’ entiendo lo que en jerga anglosajona se conoce como *policy*; sin embargo nadie es ciego al hecho de que es un concepto de difícil traducción, más aún:

[...] ‘*policy*’ is not a prominent feature of traditional political philosophy. There is no word in either Plato’s Republic or Aristotle’s Politics readily translated as ‘*policy*.’ In fact, the term is somewhat peculiar to English (Mitcham & Fischer, 2012: 165; énfasis en el original).

---

<sup>28</sup> La conclusión a la que llega Paul Bercherie en su texto *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico* es que, cuando se realiza una historiografía de la clínica psiquiátrica, esta última no tiene nada en común con un «conjunto arquitectónico homogéneo» y que, cuando se examina de cerca, «se trata más bien de un rompecabezas hecho de piezas con origen, extensión y conceptualización muy a menudo poco compatibles y redundantes» (Bercherie, 1980).

<sup>29</sup> Desde mi conocimiento del tema, solamente ha existido un intento similar de estructurar la historia de la psiquiatría con vistas a su análisis filosófico; sin embargo, este proyecto utiliza el instrumental kuhniano, con lo cual, más que un esfuerzo normativo es una empresa descriptiva que no permite la evaluación de las distintas teorías y programas involucrados en dar orden a la enfermedad mental (ver: Lánteri-Laura, 1998).

Incluso, según datos históricos, uno puede rastrear que su nacimiento acontece hasta finales del siglo XIX; con lo cual nos enfrentamos a un concepto plenamente moderno. A grandes rasgos, nos dicen los autores, por *policy* se puede entender *un conjunto de directrices que, con base científica, son construidas para alcanzar un determinado resultado racional* o, dicho de manera más atinada: “A science-based program for action that guides decision making toward the effective realization of well-chosen goals and clearly designated outcomes” (Mitcham & Fischer, 2012: 165; el énfasis es mío).

Ahora bien, es justo desde esta base que entonces se vuelve más que patente la necesidad de un Proyecto de Investigación Psiquiátrico para que, a partir de él, se puedan desarrollar políticas públicas en materia de salud mental; es decir, *para se puedan tomar decisiones racionales que permitan que la población ejerza su derecho constitucional a la salud*. Si no existe una base científica desde la cual partir, resulta ciertamente obvio que no se podrán obtener resultados efectivos que puedan brindar la posibilidad de construir caminos que permitan el correcto ejercicio de este derecho. Sin embargo, no hay que negarse al hecho de que resulta también una obviedad que un Proyecto de Investigación como el que estoy proponiendo, aun asumiendo que pudiese ponerse en marcha con la urgencia que merece, lejos estaría de producir a corto plazo los conocimientos necesarios para cumplir su propósito. De aquí que la política en materia de salud mental debiese de al menos dividirse en dos grandes estadios: uno primero que, con base en la ausencia de un conocimiento certero, pueda brindar las herramientas necesarias para paliar dicha deficiencia pero que, a su vez, contemple en su núcleo un proyecto que a futuro pueda reestructurarse con base en el conocimiento que *debiese* de irse generando.

Esta problemática, sin embargo, no es particular del campo de la salud mental; es decir, no es ajena a los demás ámbitos del saber. Si bien es cierto que la empresa científica (cualquier cosa que podamos entender por esta) ha conseguido grandes logros a lo largo de su historia; uno de sus principales éxitos estriba en que ha mostrado terminantemente la incertidumbre que padecemos frente al mundo que nos rodea.

Si bien es cierto que en la actualidad se habla con cierta presunción de las sociedades de conocimiento, Daniel Innerarity hace muy bien en modular dicha concepción y, a su vez, focaliza lo que está precisamente en el centro del conocimiento: el desconocimiento.

Una sociedad del conocimiento es una sociedad cuya inteligencia colectiva consiste en manejar con prudencia y racionalidad la ignorancia en la que nos vemos obligados a actuar, o sea, en última instancia, una sociedad del desconocimiento. Podríamos formularlo de una manera menos dramática afirmando que es una sociedad en la que no tenemos más remedio que aprender a manejarnos con un saber incompleto (Innerarity, 2011: 56).

Por lo tanto, una sociedad del desconocimiento es:

[...] una sociedad que es cada vez más consciente de su no-saber y que progresa, más que aumentando sus conocimientos, aprendiendo a gestionar el desconocimiento en sus diversas manifestaciones: inseguridad, verosimilitud, riesgo e incertidumbre (Innerarity, 2011: 63).

Al posicionar el acento no sobre el conocimiento sino sobre el no-saber, lo que se desprende de esta perspectiva implica una postura que busca lidiar con la idea del *límite epistémico* de la empresa científica (y que desarrollé en (2) y especialmente en (2.2)); Innerarity, sin embargo, utiliza el concepto construido por Helmut Willke de «incertidumbre sistémica» (término que establece que la complejidad del mundo desborda nuestras capacidades cognitivas).

Justo con esto en mente, el papel de la ciencia cambia radicalmente; ella ya no se dedicaría tanto a acumular conocimientos como a generar las herramientas que nos ayuden a lidiar con el desconocimiento inherente a nuestros esfuerzos epistémicos, se habla entonces de construir una «*science-based ignorance*»:

Si en otras épocas los métodos dominantes para combatir la ignorancia consistían en eliminarla, los planteamientos actuales asumen que hay una dimensión *irreductible* en la ignorancia, por lo que debemos entenderla, tolerarla e incluso servirnos de ella (Innerarity, 2001: 65; el énfasis es mío).

Para ello apela a la pertinencia del «principio de investigación», que no es otra cosa que el establecimiento de la necesidad de «institucionalizar mecanismos reflexivos que revisen sistemáticamente el conocimiento producido en todos los ámbitos funcionales de

la sociedad». “La acción se basa en el saber” (Innerarity, 2011: 58), y el saber es en tanto que reconoce su no-saber constitutivo. Así, lo que él plantea es que las *políticas debieran centrarse en enfrentar la incertidumbre más que en confiarse en el conocimiento*; y esto se logra sólo con un esfuerzo «especialmente activo de conocimiento reflexivo», es decir, de *investigación*.

Las sociedades del desconocimiento, por tanto, plantean las directrices que en la actualidad se tornan necesarias en la toma de decisiones; decisiones que, o se encuentran plagadas de incertidumbre, o se encuentran rodeadas por una ignorancia más peligrosa aun, puesto que esta última implica un desconocimiento que desconocemos (muy diferente a aquel desconocimiento del que sabemos padecemos). Entonces, *el papel de la investigación es central en el ámbito de las políticas*; la ciencia es una empresa social. “El saber, en la medida en que se ha erigido como una cuestión crucial en la sociedad del conocimiento, constituye uno de los principales asuntos de la ciudadanía democrática” (Innerarity, 2011: 56); por tanto, “[...] se necesita de un tipo de ciencia que coopere con la política en la gestión de la incertidumbre” (Innerarity, 2011: 69). Nos enfrentamos entonces a un nuevo tipo de democracia, a una nueva forma de hacer política.

## 4. Resumen y Conclusiones

La idea central que ha hecho las veces de guía de todo el presente escrito estriba en mostrar las limitaciones inherentes al quehacer epistémico de la empresa científica que circunda a los trastornos mentales. Este obstáculo insalvable, empero, no debe mostrarse como una tragedia que encamine a cruzar de brazos a los aludidos; al contrario, resaltar este hecho implica tomar una postura frente al abismo del desconocimiento para poder construir unos cimientos que soporten semejante indeterminación. Esto se vuelve menester cuando lo que está en juego va más allá de meros instrumentales teoréticos que buscar *conocer* y *manipular* los *ritmos abstractos* que presuponen en la naturaleza; cuando nos adentramos en los recovecos de las ciencias médicas y, en especial, en el espacio de la clínica de lo psíquico, la audacia intelectual se tiñe de ética.

Ahora bien, si se lee con cierta atención, desde el mismo título del presente trabajo: *Cimientos Pluralistas para una Política de Salud Mental en México*; el texto se ha dividido en dos apartados generales que, aunque relacionados, plantean problemáticas que se abordan de manera específica. (i) El primero de ellos implicaría resolver qué sentido tiene que una postura *pluralista* haga la veces de base para la construcción de, (ii) una *política* y su significado específico cuando se pone en relación con la *salud mental en México*. La importancia de esto último está lejos de ser algo desconocido para las personas interesadas en estos temas; los representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por ejemplo, lo establecen sin más:

Una política explícita sobre salud mental es una herramienta poderosa y esencial para el departamento de salud mental de cualquier ministerio de salud. Una política correctamente formulada y puesta en práctica a través de planes y programas puede tener un impacto significativo sobre la salud mental de la población afectada (OMS, 2005: 2).

Desde aquí ya se puede ir vislumbrando las relaciones de esta política para con los intereses más globales de un país y sus representantes. De principio se establece un

ordenamiento, si no temporal al menos sí uno lógico, que propone que *una política de salud mental es primordial en el curso de la elaboración y puesta en práctica de planes y programas en esta materia; es decir, la base de las políticas públicas en salud mental de un país se ve representada por una política que se elabora específicamente para ello.*

Los representantes de la OMS hacen patente esta diferenciación cuando implican una jerarquía con base en las definiciones que proponen (OMS, 2005: 12 y 97):

- A. **Política de salud mental:** conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población. Define una filosofía para el futuro y ayuda a establecer un modelo de actuación.
- B. **Plan de salud mental:** proyecto detallado propuesto para poner en práctica estrategias dirigidas a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación.
- C. **Programa de salud mental:** intervención dirigida, habitualmente a corto plazo, con un claro objetivo sobre la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación.

Esta línea de pensamiento iría desde lo más general, la política, hasta lo más particular, los programas que se desprenden de ella; a su vez, también funciona para ordenar los procesos con respecto a su duración. Como en el presente texto me he centrado solamente en lo que implicaría de principio la *construcción de una política de salud mental*, a continuación solamente detallaré lo relativo a esta última.

Según la definición anterior, se puede observar que es sólo a partir de una *política* que se puede dar una estructura coherente al conjunto de valores, principios y objetivos de cierto ámbito; por lo tanto, ha sido menester primero saber qué se entiende por 'política'. Como mencioné en (3.2), por política entiendo: "***A science-based program for action that guides decision making toward the effective realization of well-chosen***

*goals and clearly designated outcomes*” (Mitcham & Fischer, 2012: 165; el énfasis es mío).

Ahora bien, cuando uno se centra en el ámbito de la salud mental, el fin es por demás claro: «mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población»; por lo tanto, para lograr lo anterior, es de primerísima importancia saber tanto qué está implicado dentro del concepto de ‘salud mental’, como qué son los trastornos mentales y cuáles son las herramientas terapéuticas más atinadas para su tratamiento.

Es importante resaltar que no es para nada trivial que los expertos de la OMS hayan organizado su definición de *política de salud mental* a partir de una conjunción puesto que, con ello, están dividiendo el campo de acción en dos espacios: por un lado estaría lo que respecta a la salud mental, por el otro lo que está involucrado en los trastornos mentales y su tratamiento. Esto responde a la diferencia que se establece entre el componente colectivo y el componente individual de la salud; y así, mientras que el primero se enfoca en los factores sociales que inciden en la salud social el segundo, más bien, lo hace solamente en la persona (Brena, 2009).

Esta diferenciación se hace más que patente cuando se observa la definición que las voces de la OMS elaboran para el concepto un tanto complejo de ‘salud mental’, a saber:

*La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2007; el énfasis es mío).*

Esta relación establece que, por tanto, la salud mental está más allá de los trastornos mentales; o dicho de manera más clara, la ausencia de trastornos mentales no es condición suficiente para gozar de una plena salud mental, sin embargo, sí es una condición necesaria.

Ahora bien, del hecho de que se distinga el espacio de la salud mental y el de los trastornos mentales no se sigue que sean dos ámbitos separados; es más, ambos están

íntimamente relacionados. Mientras que la ‘salud mental’ es un constructo teórico que nos ayuda a dibujar un estado ideal cuyo fin es guiar los modelos de acción política; estos dependerán, en parte, del *saber* que se tenga sobre los trastornos mentales y su tratamiento. Es decir, la *política de salud mental* se basará, en principio, sobre el conocimiento que se tenga de los trastornos mentales y, en segunda instancia, en los valores, principios y objetivos que de ahí se desprendan.

Aquí ya empiezan los problemas.

En la actualidad no existe un conjunto teórico coherente que pueda dar cuenta cabal de lo que son los trastornos mentales (Katschnig, 20120); es más, los expertos de la OMS afirman que hoy por hoy “no se conocen perfectamente las causas de muchos trastornos mentales” (OMS, 2006b); tan es así que incluso los redactores del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta reedición, sostienen que:

Los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos». [Por tanto el] problema planteado por el término trastornos «mentales» ha resultado ser más patente que su solución, y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo (APA, 1995: XXI, énfasis en el original).

Es importante resaltar lo anterior dado que, al menos en el ámbito de los trastornos mentales, el hecho de que no exista un conjunto consistente de conocimientos detrás de las decisiones que se toman sobre esta materia, abre la posibilidad de un margen muy amplio para que ellas conlleven un *riesgo* para la sociedad y el individuo (por ejemplo, la medicalización de la vida cotidiana). Ahora bien, dado que “todo riesgo lleva a la *imputabilidad de alguna responsabilidad*” (Olivé, 2007: 102); no hay que ser ciegos al hecho de que los expertos en materia de salud mental tienen parte importante de la responsabilidad de todo este embrollo, sea por sus acciones (la prescripción de medicamentos cuya eficacia no ha sido corroborada), sea por sus omisiones (la no divulgación del conocimiento que se tiene sobre los perjuicios que acarrear la medicalización). Justo de aquí que (Kendler; et al., 2011) sostengan que sea necesario

*una reconstrucción total de la actual clasificación psiquiátrica; nada más ni nada menos.*

Ahora bien, afirmar que «en la actualidad no existe un conjunto teórico coherente que pueda dar cuenta cabal de lo que son los trastornos mentales», a pesar de no estar errado, está lejos de ser la más atinada de las proposiciones; si se realiza un estudio historiográfico de la psiquiatría, lo que en realidad sucede es que existe toda una gama nada estrecha de *estilos clínicos* que se han venido desarrollando desde el nacimiento de la ciencia psiquiátrica (ver: Gallardo, 2012). La importancia de notar esta diferencia abre toda una línea de investigación enfocada en la evaluación de las distintas teorías sobre los trastornos mentales; ejercicio que puede ayudar tanto a esclarecer el estado actual del campo, como a cimentar las bases de una mejor comprensión de la particularidad de su desenvolvimiento.

Si parte esencial del ejercicio clínico de la psiquiatría implica «inscribir el fenómeno de la locura dentro de un marco positivo» (Foucault, 1953: 13 y 14) (entiéndase: un marco científico) y esto se logra, a su vez, construyendo una clasificación de las distintas formas patológicas; es menester comprender, primero, qué se desenvuelve en el acto de clasificar. De principio, resulta interesante sopesar el hecho de que toda clasificación parte de ciertos supuestos, es decir, siempre existe un conocimiento previo detrás (la formación profesional, por ejemplo); pero también es necesario dar cuenta que las clasificaciones son construidas con miras a cumplir propósitos específicos (Wulff; et al.: 1986: 112); de aquí que la existencia de una multitud de estilos clínicos no sea nada de que extrañarse. Desde este punto de partida, por ejemplo, es fácil dar cuenta por qué fue la histeria la base que Freud utilizó para construir su neurótica (recordemos que su ejercicio clínico se desarrolló en la Viena austrohúngara); a su vez, resulta evidente que:

[...] la obra de Clérambault (1872-1934) no sería la misma si no hubiera estado al frente de la Enfermería Especial de la Prefectura de Policía de París. Recordemos también que Kraepelin (1856-1926) propuso su nosografía después de años de observar alienados en el interior de un asilo, mientras que su contemporáneo Valentin Magnan (1835-1916) centró buena parte de su producción teórica en los tipos de delirio, pues no en vano ejercía de jefe del Bureau de Admisión del Asilo de

Santa Anne, desde donde se derivaban los alienados a otros asilos, resultando por tanto muy poco factible seguir la evolución de los pacientes (Huertas, 2001: 14 y 15).

Y así, es importante destacar que «las «características del ‘espacio de observación’ se apuntan con frecuencia como un elemento clave para la comprensión de los conceptos psiquiátricos» (Huertas, 2001). No por nada los Estados Unidos tuvieron que construir la *Armed Forces Nomenclature (Medical 203)* y la *Veterans Administration Nomenclature* para poder estudiar estadísticamente los trastornos mentales que vieron la luz en las trincheras de las guerras; todo esto ya que su *Standard Nomenclature* dejaba fuera a casi el 90 por ciento de los malestares que azotaban a sus hombres (APA, 1952: vi).

Por lo tanto, más que lamentarse por la ausencia de *un* conjunto teórico consistente detrás de las clasificaciones psiquiátricas; resulta más interesante preguntarse, primero, por la *potencia epistémica*<sup>30</sup> de las distintas clínicas que hasta la fecha subsisten. Ahora bien, esto representa todavía un problema más: *¿cómo demarcar entre el ejercicio psiquiátrico científico de aquél otro que, más bien, carece de una base tal?* Por ejemplo, es bien conocida la ingenua proposición popperiana que afirmaba la pseudocientificidad del psicoanálisis (y que, con base en ese mismo instrumental, (Lakatos, 1971) demuestra también la pseudocientificidad del programa de investigación newtoniano). Entonces, *¿es viable establecer un criterio de demarcación que permita, en primera instancia, saber cuáles estilos clínicos son ponderables en la balanza epistemológica?*

Un breve recorrido por la historiografía de la filosofía de la ciencia muestra que «el umbral de epistemologización» (Foucault, 1969) de las ciencias nunca ha sido el mismo (ver: (2.1)); es más, al parecer, cada nuevo margen se constituye a partir de lo que el anterior umbral renegaba como pseudocientífico. Si bien durante el siglo XIX y a principios del XX los estándares se medían a partir del quehacer de la física; a partir de mediados del siglo pasado la falsilla pasó a ser el ejercicio de la biología; y así, por ejemplo, mientras que las normas de la primera preponderaban el uso de *leyes* en ciencia, la pauta de la segunda incluso ponía en entredicho la existencia de semejantes

---

<sup>30</sup> Con este término refiero a la conjunción de la teoría y su eficacia terapéutica.

instrumentales (Giere, 1995). Y es que, más que intentar someter el quehacer científico dentro de un marco prefabricado; lo que ha mostrado ser lo más adecuado para el ‘desarrollo’ de las ciencias es que cada disciplina goce de la libertad de construir las heurísticas que más le convengan para poder rodear con luz su objeto de estudio<sup>31</sup>. De aquí que, si uno se empeña con constreñir la investigación psiquiátrica bajo los estándares caducos de una concepción de ciencia del siglo XIX, lo único que logrará es limitar los alcances epistémicos de la psiquiatría (ver: (2.2) y (2.3)). Por lo tanto, y en primera instancia, los distintos programas de investigación enfocados en dar cuenta de los trastornos mentales tendrían que poder construir sus propias normativas epistémicas; es decir, podrán exigir una completa autonomía en cuanto a sus heurísticas y presuposiciones. De aquí que el núcleo de la investigación en el ámbito psiquiátrico y, por ende, del conocimiento previo requerido para una política de salud mental, deba sostener un pluralismo científico (ver: (3)).

Ahora bien, de lo anterior no se sigue que entonces se pueda emprender sin más el «anarquismo metodológico» que Feyerabend en su momento propuso como base para un desarrollo científico más veloz<sup>32</sup> (esto dado que, desde su concepción, la «proliferación de teorías» sirve como trampolín para el descubrimiento de «experimentos cruciales» (Feyerabend, 1965)). La clínica psiquiátrica no trata con las trayectorias de puntos en el espacio abstracto de las matemáticas, sino con personas de carne y hueso que sufren de malestares que los trastornan. Por tanto, la doctrina pluralista, a pesar de construir un margen mucho más amplio de posibilidades, interdice que cualquier cosa pueda ser dicha; o, para decirlo de manera más atinada, no permite tolerar lo intolerable (ver: (3.1)).

Sin embargo, aquí ya comenzamos a transitar por el terreno un poco más endeble de los valores; la línea que demarca ese límite de la tolerancia no puede resolverse lógicamente.

---

<sup>31</sup> Paul K. Feyerabend gusta citar a Einstein para mostrar lo anterior: “Las condiciones externas [...] que se manifiestan por medio de los hechos experimentales, no le permiten al científico ser demasiado estricto en la construcción de su mundo conceptual mediante la adhesión a un sistema epistemológico. Por eso debe aparecer ante el epistemólogo sistemático como un *oportunist*a sin escrúpulos” (Einstein, 1951: 683; citado en: Feyerabend, 1975: 3; el énfasis es mío).

<sup>32</sup> Posición que poco después abandona frente a las críticas que Imre Lakatos le hizo bien con señalar (Motterlini, 1999: 298).

Es por ello que se vuelve menester ensanchar el panorama y dar cabida a otras herramientas epistémicas que no sean simplemente aquéllas que se esgrimen desde el pináculo de la abstracción. En este sentido, cuando uno observa el devenir de la clínica psiquiátrica a la luz de la historia, el único consenso que hace su aparición entre la multitud de voces y propuestas epistémicas es que la psiquiatría tiene como fin *curar* al ser humano de los malestares que, no siendo enfermedades orgánicas, afectan su cotidianidad. De aquí que no todo acto epistémico que busque dar cuenta de los trastornos mentales podrá englobarse dentro de lo que he llamado el Proyecto de Investigación Psiquiátrico (ver: 3), sino sólo aquellos intentos que con base en su quehacer generen una terapéutica de los malestares que estudia.

En resumen. Si bien es cierto que para poder generar una política de salud mental es necesario partir de un conocimiento previo; la ausencia de un cuerpo teórico coherente sobre estos menesteres representa un serio inconveniente para el desarrollo de planes y programas en salud mental. Ahora bien, dado que la psiquiatría lleva dos siglos de desarrollos teóricos, uno no puede decidir simplemente comenzar de nuevo a construir conocimiento desde cero; resulta necesario, primero, poder dar cuenta si la cacofonía psiquiátrica ha podido en alguna medida decir algo atinado al respecto. Para ello, es menester estructurar el campo de tal forma que se pueda realizar semejante evaluación; el Proyecto de Investigación Psiquiátrico, tal y como lo concibo, vendría a organizar la maraña de discursos para poder dar cuenta de lo anterior.

Este Proyecto se sustenta sobre dos criterios: el primero de ellos implica la aceptación de que la clínica psiquiátrica goza de una autonomía epistémica<sup>33</sup> para su quehacer; el segundo criterio, justo el que delimita que no cualquier cosa pueda ser dicha, implica la aceptación de que toda empresa epistémica que quiera pertenecer al Proyecto deberá no sólo construir conocimiento sobre los trastornos mentales, sino que su foco se centrará en el ejercicio terapéutico de ellos. Solamente así se podrá desarrollar una base teórica

---

<sup>33</sup> “La autonomía epistémica significa que el conocimiento científico y sus aplicaciones se generan dentro de comunidades científicas y tecnológicas por medio de *prácticas*, es decir, de complejos de acciones que tienen sus *propios* y *específicos* valores y normas para organizar el trabajo, así como para aceptar o rechazar sus productos (hipótesis, teorías, modelos, técnicas, tecnologías) (Olivé, 2077: 41).

que pueda sustentar los cimientos de una política de salud mental en México y, sobre todo, abrir la posibilidad de coordinar la implementación de un Proyecto Integral.

Ahora bien, dado que esto implica un proceso sumamente largo; las políticas públicas en salud mental no podrán esperar a que ello se realice. De aquí que parte importante del Proyecto de Investigación Psiquiátrico deberá de enfocarse en conducir de mejor manera los efectos de este desconocimiento (estipular el cómo esto pueda llevarse a cabo, sin embargo, escapa a los objetivos del presente texto).

Justo con esto en mente, el papel de la ciencia cambia radicalmente; ella ya no se dedicaría tanto a acumular conocimientos como a generar las herramientas que nos ayuden a lidiar con el desconocimiento inherente a nuestros esfuerzos epistémicos. Las sociedades del desconocimiento, por tanto, plantean las directrices que en la actualidad se tornan necesarias en la toma de decisiones; decisiones que se encuentran plagadas de incertidumbre. Por lo tanto, *el papel de la **investigación** se vuelve central en el ámbito de las políticas*. El quehacer científico, más que intentar conservar la pulcritud de aquella mítica *Torre de Marfil*, se revela así como una empresa social; la sociedad, por tanto, más allá de someterse al saber incompleto de los expertos, debe de alzar la voz para participar dentro del diálogo que se establece entre las políticas y las ciencias. La encrucijada resultante, por ende, necesita de nuevos mecanismos de comunicación y regulación. Nos enfrentamos entonces a un nuevo tipo de democracia, a una nueva forma de hacer política que lidie con lo pernicioso de su mismo movimiento<sup>34</sup>; por lo mismo “[...] se necesita de un tipo de ciencia que coopere con la política en la gestión de la incertidumbre” (Innerarity, 2011: 69). Los retos que se avecinan bien pueden paralizarnos por su irresolubilidad; pero también pueden centrarnos en un quehacer cuya importancia radica justo en su imposibilidad. El presente texto se muestra como un primer esbozo que apuntaría hacia este fin.

---

<sup>34</sup> Por ejemplo, para Trotsky, el problema fundamental de la democracia es “que *pasiviza demasiado a las masas y cede la iniciativa al aparato de poder estatal* [...]” (Žižek, 2007: 18; énfasis en el original).

# Apéndice: La salud mental

*La salud es un término más estético que ético,  
es más belleza que virtud [...] Además, no está claro  
qué es exactamente lo que se pierde cuando  
se pierde la salud.*

(Engelhardt, 1975; citado en: Pérez, 1988: 217)

Referirse a *la salud mental* no está exento de inconvenientes; es más, a mi parecer, resulta ser sumamente confuso y complejo el uso que pueda dársele a semejante término<sup>35</sup>. Y, tal vez, en esto justo recae lo problemático de su definición: *la salud mental no es un estado que pueda adjudicársele a un ser humano per se; es, en cambio, un constructo teórico que nos ayuda a dibujar un estado ideal que a su vez depende de cómo entendamos otros conceptos asaz imbricados en su dinámica como, por ejemplo, aquello a lo que se refiere cuando hablamos de bienestar, de enfermedad o de trastorno, donde también entra a colación la diferencia que distingamos entre lo que es físico y lo que es mental* -ya sea pensando que pueda existir una caracterización que delimite ambos espacios; o pensando que sea más bien un trecho de gradación entre dos puntos; o, incluso, negando dicha diferenciación<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> Baste para esto observar todas las diferentes formas en las cuales se ha intentado definir la salud mental a lo largo de su breve historia o, de manera más específica, todos los problemas que se encuentran al buscar delimitar lo que significa “enfermedad mental” o su actual conversión en “trastorno mental” -con la que se pretendió “evitar los problemas mayores inherentes al uso de otros términos tales como ‘enfermedad’” (OMS, 1992; citado en: OMS, 2006a: 23). Huelga decir, sin embargo, que el hecho de definir salud mental en términos meramente opuestos al padecimiento de trastornos mentales, deja de lado toda una serie de características que son de suma importancia para un pleno ejercicio de este derecho (ver: 2.1.2).

<sup>36</sup> Los autores del DSM-IV, por ejemplo, afirman que: “Los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos». [Por tanto el] problema planteado por el término trastornos «mentales» ha resultado ser más patente que su solución, y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo” (APA, 1995: XXI, énfasis en el original).

Desde aquí ya se puede ir empezando a vislumbrar una cierta dificultad no carente de interés; si no existe en la actualidad una forma no problemática de conceptualizar lo que se está entendiendo por salud mental, ¿cómo poder diseñar políticas públicas que apunten a la consecución de un pleno ejercicio de este derecho constitucional? Más aun, ¿cómo poder asegurar el *bienestar general* de la población -lo que desde mi perspectiva es una necesidad básica- que, a su vez, se ve entremezclado con el *bienestar psíquico* de los individuos que la conforman?

Es por lo anterior que parte fundamental del análisis y propuesta que esbozaré en todo el presente texto se sostendrá, en primera instancia, sobre un escrutinio que permita develar de dónde surge la actual política de salud mental en México y, con base en ello, explicitar sus ventajas y desventajas para con el desarrollo de un Proyecto Integral de Salud Mental. Esto implica como primordial una reflexión minuciosa de lo que se está entendiendo en la legislación por términos de importancia tal como lo son: salud mental, trastorno mental, bienestar, etcétera. Obviando que la función de las leyes es una mayormente operativa pero que, para poder lograr semejante reglamentación, es de suma importancia *conocer* el objeto a regular en la mayor medida posible; esto es, mediante la realización de una cabal demarcación de su espacio, de sus propiedades y relaciones pero, sobre todo, afrontando la imposibilidad inherente a cualquier ejercicio epistémico.

# La salud mental y la legislación actual

*Hubiera deseado poder ofrecerle al amable lector una o varias definiciones concretas y específicas de salud, pero para mi sorpresa, al revisar los textos que me parecieron más relevantes sobre el tema, me encontré con que tales definiciones no existen.*

(Pérez, 1988: 217)

A pesar de que mi interés recae meramente en lo relacionado con México, el presente ejercicio incluirá un análisis muy general de lo que se dice actualmente de la salud mental en el nivel internacional. Esto lo hago, en primer lugar, para generar un marco de referencia que permita establecer si México se encuentra o no dentro de lo que se establece en los términos de la hegemonía mundial para estos ámbitos y, en segunda instancia, me ayudaría a dar cuenta de la consistencia de los distintos desarrollos que existen sobre la salud mental. Así, empezaré con lo establecido en la Ley General de Salud avalada por los representantes de nuestro país; continuaré con lo establecido por los representantes de la OMS; para concluir con lo aprobado por los integrantes de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en su V Legislatura (pues resulta ser un caso muy distintivo a nivel incluso de América Latina).

## Ley General de Salud

*La búsqueda de un concepto unificado de enfermedad es una pérdida de tiempo. De hecho, estoy tentado a comparar los esfuerzos de quienes lo buscan con la lucha de los teólogos contra el Problema del Mal.*  
(Scadding, 1980; citado en: Pérez, 1988: 228)

En lo que respecta a México, la Ley General de Salud<sup>37</sup> reglamenta que una de las finalidades del derecho a la salud -estipulada en el artículo cuarto constitucional- es tanto el *bienestar físico* como *mental* de la población (Título Primero, Capítulo I, Art. 20. Fracción I; el énfasis es mío). Sin embargo, en el Capítulo VII de su Título Tercero dedicado específicamente a la salud mental, se establecen solamente las bases operativas para su prevención, promoción y tratamiento sin acotar exactamente a qué se está refiriendo por semejante término. Se podría argumentar que, para esto, una delimitación de la índole por mí requerida escapa a lo que una legislación federal debiese de contener; sin embargo, desde mi perspectiva, la definición de los términos es parte sustancial para el establecimiento de "las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud" (Título Primero, Capítulo I, art. 10.). Los representantes de la OMS, por ejemplo, también consideran atinente esto último cuando afirman que:

La legislación sobre salud mental es más que una legislación sobre cuidados y tratamientos, y por lo tanto no se limita sólo a regular la forma en que se prestan dichos tratamientos en las instituciones sanitarias<sup>38</sup> (OMS; 2003: 2).

Más aun cuando se acepta la importancia «esencial» de la legislación sobre salud mental “para complementar y reforzar la política sobre la misma” (OMS; 2003: 3). Aunado a ello, cabe destacar que los redactores del *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud*

---

<sup>37</sup> Actualizada al 18 de diciembre de 2007.

<sup>38</sup> Los representantes de la OMS proponen que este tipo de legislaciones también deben de tomar en consideración cuestiones más generales y que están en estrecha relación con su concepción de salud mental, como son los derechos civiles de vivienda, educación, empleo, etc. Por lo tanto, la definición juega un papel de primerísima importancia en el proceso de legislación.

*Mental, Derechos Humanos y legislación*, también sostienen la importancia de las definiciones en la legislación:

El capítulo de definiciones de una ley proporciona la interpretación y el significado de los términos empleados. Para quienes necesitan entender e implementar la legislación, y para los miembros de la población que puedan ser afectados por ella –como pacientes y sus familiares–, *es extremadamente importante que las definiciones sean claras y no contengan ambigüedades*. Esto también es útil para los tribunales de justicia, dado que tienen que tomar decisiones sobre la base de las definiciones de la ley (OMS, 2006a: 22; el énfasis es mío).

A su vez, en lo que respecta a la Ley General de Salud de México, se puede observar que en los demás capítulos que la conforman sí se define con cierta precisión los objetos legales que se están reglamentando<sup>39</sup>. Así, a pesar de que la no definición de lo que se entiende por salud mental pareciera salvaguardar la libertad y soberanía propia de los estados que conforman la Federación constituida sobre un modelo republicano -cosa a mi parecer sustancial-; dicha omisión no sólo entorpece la correcta implementación de la ley, a su vez, resulta ser un primer obstáculo patente para la generación de un Programa Integral de Salud Mental en México (por el simple hecho de que cada entidad puede entender lo que sus expertos convengan con respecto al tema; hecho que posibilita la existencia de un amplio espectro de interpretaciones sin una política nuclear que pueda guiar las acciones para un mejor ejercicio).

Ahora bien, el tener solamente una legislación general de salud mental (lo que es nombrado como legislación dispersa) tiene ciertas ventajas y desventajas. La mayor desventaja de una legislación de este tipo, afirman los representantes de la OMS, es la dificultad de asegurar que se cubran todos los aspectos legislativos relevantes para las

---

<sup>39</sup> **Título Tercero, Capítulo I, Art. 23:** Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. **Título Tercero, Capítulo II, Art. 32:** Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. **Título Tercero, Capítulo IV, Art. 50:** Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

personas con problemas de salud mental (OMS, 2003: 10). ¿Qué decir entonces si ni siquiera se está estableciendo el objeto a regular?

Una de las posibles salidas que no conlleve todo un proceso burocrático inacabable apunta a generar una legislación específica, esto es, una en “la cual [estén] incluidos todos los asuntos pertinentes o relativos a las personas con trastornos mentales” (OMS, 2003: 2). Sin embargo, a pesar de representar una relativa facilidad de ser promulgada y adoptada, no siendo necesario para esto derogar o cambiar una multitud de leyes ya existentes; se ha argumentado que las legislaciones específicas aumentan la segregación de las personas con trastornos mentales y que, además, tienen el potencial de reforzar los prejuicios y los estigmas contra los enfermos mentales (OMS, 2003: 10).

Como respuesta al dilema anterior, los representantes de la OMS dedicados a este ámbito proponen que:

Un enfoque intermedio-combinado sería el más adecuado para tratar la complejidad de las necesidades de las personas con trastornos mentales. (Por ejemplo, la legislación específica sobre salud mental puede ser complementada en la legislación de carácter más general, en la cual se tratan asuntos relativos a la salud mental) (OMS, 2003: 2).

Ahora bien, en México al parecer es algo así lo que está sucediendo. Por ejemplo, el Distrito Federal es la primera entidad a nivel nacional e incluso de América Latina en tener una Ley de Salud Mental propia (ver: 2,1,3); sin embargo, esto implica también que hasta la fecha sigue siendo la única; al menos en nuestro país. Ahora bien, desde mi punto de vista, para que este «enfoque intermedio-combinado» pueda realmente funcionar es necesario cubrir al menos dos criterios: a) que ambas legislaciones, la general y la particular, estén coordinadas en todo el territorio nacional; y b) que la legislación específica funcione como un sustento que pueda complementar la generalidad de una legislación nacional.

Sería difícil para mí en estos momentos decir algo acerca de (a), en primer lugar, debido al poco espacio con el que dispongo en el presente escrito y, en segundo término, por la relativamente nueva aprobación de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal (cuya publicación fue realizada a principios del año pasado); y esto sin tomar en cuenta, claro

está, la ausencia de una legislación específica para las demás entidades. Sin embargo, considero que sí puedo realizar un análisis detallado en lo que respecta a (b); sobre todo, centrándome en la forma en la cual la salud mental es definida y entendida en la legislación del Distrito Federal. Pero antes de realizar dicho análisis, y ya que he utilizado lo dicho por los representantes de la OMS como referente, empezaré por dar cuenta de cómo es que ellos conceptualizan la salud mental.

## **Organización Mundial de la Salud**

*The boundaries between health and disease, between well and sick, are far from clear and never will be clear, for they are diffused by cultural, social, and psychological considerations.*

(Engel, 1979: 132)

Según las personas dedicadas al tema que me compete y que representan la voz de la OMS:

*La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2007; el énfasis es mío).*

A mi parecer, lo primero que salta a la vista de la definición anterior es el hecho de que la salud mental no está supeditada a la «ausencia de trastornos mentales»; esto implicaría la posibilidad de que una persona no esté mentalmente trastornada y, sin embargo, no goce de una vida mental saludable. Este rasgo es de suma importancia para la caracterización de la salud mental; en principio, la separa de la definición de salud que emerge del modelo biomédico (*grosso modo*, la salud ahí se entiende como una ausencia de enfermedad). A su vez, la caracterización que hace la OMS empieza a vislumbrar la complejidad del asunto en cuestión. Esta definición abre el espectro de incidencia de las

políticas públicas en salud mental. Si se considerase como no sanos mentalmente sólo a aquellas personas que padecieran algún tipo de trastorno mental, entonces la gran mayoría de la población no sería beneficiaria de los planes y programas públicos que, desde el Estado, se construyeran para incidir positivamente en la salud mental de la población. Por ejemplo, para los integrantes de la OMS se torna necesario que cada país implemente un «sistema integrado»; esto es, que no sólo se utilicen los recursos para “la atención y el tratamiento especializado de los enfermos mentales” (OMS, 2007), sino que el rango de acción de un Programa Integral de Salud Mental se debería de enfocar en dos niveles claramente distintos:

I. Atención y tratamiento.

- i. Especializado: dirigido a enfermos mentales.
- ii. Asistencia primaria: dirigido a la población en general.

II. Promoción.

Así, cuando se establece que la salud mental no está supeditada a la ausencia de trastornos mentales, de principio, se intenta eliminar el estigma que marca la frente de la enfermedad mental. Por otro lado, vira parte de la atención a la «promoción de la salud mental en la población» y a la asistencia primaria; interés eclipsado, huelga decir, por *la política de tratamientos especializados* en hospitales psiquiátricos enfocados solamente en enfermos mentales.

Ahora bien, es digno de señalar que pensar en «la posibilidad de que una persona no esté mentalmente trastornada y, sin embargo, no goce de una vida mental saludable» se torna difícil de concebir no sólo por lo poco intuitivo que pudiese parecer, también lo es así por el hecho de no saber exactamente a qué se están refiriendo los representantes de la OMS por «trastornos mentales» (a sabiendas incluso de la limitación que se tiene de semejante término; ver: (2)). Para intentar mitigar de cierta forma esto último, la forma en la cual estas personas los caracterizan es como siendo:

[...] una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales (OMS, 2006b).

A su vez, según estos especialistas, los trastornos producen «síntomas *observables*» que van desde una existencia meramente física a una plenamente afectiva, una cognitiva, comportamental o presentándose simplemente como alteraciones perceptivas. A todo lo anterior se agregan como ejemplos puntuales de este tipo de trastornos la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia, el retraso mental, el autismo en la infancia y la demencia. Sin embargo, una característica digna de resaltarse es el hecho de que:

*Aunque no se conocen perfectamente las causas de muchos trastornos mentales, se cree que dependen de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, como sucesos estresantes, problemas familiares, enfermedades cerebrales, trastornos hereditarios o genéticos y problemas médicos (OMS, 2006b; el énfasis es mío).*

A mi parecer, existen notables lagunas en la caracterización anterior, y no simplemente por la clara alusión a la insuficiencia de un conocimiento certero sobre la mayoría de los susodichos trastornos mentales -lo cual es en sí mismo preocupante-; me refiero también a la forma en la cual los expertos de este organismo los están categorizando. No es lo mismo una demencia (cuya base orgánica forma claramente parte de su etiología) que, por ejemplo, el abuso de sustancias (donde son otros los factores asociados a sus causas<sup>40</sup>).

Otro de los aspectos que es también digno de resaltar de la definición anterior, sobre todo para lo que compete al presente escrito, es el factor humano que se encuentra en el núcleo mismo de la caracterización que se hace de los trastornos mentales. Esto lo refiero puesto que una de las distinciones que permite discernir entre lo que es considerado como un trastorno de lo que no lo es, implica que la expresión de la perturbación «no se ajuste a las creencias y las normas culturales»; huelga decir que estas varían a lo largo del tiempo y de sociedad a sociedad (cosa nada extraña si se acepta lo sostenido por (Foucault, 1964) o, simplemente, se ejemplifica al mencionar el

---

<sup>40</sup> Sin embargo, en su *Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10)*, sí se distinguen variadas subclasificaciones de trastornos mentales.

hecho de que antes 1973 el DSM consideraba a la homosexualidad como un trastorno mental).

Con base en lo anterior puedo afirmar que, desde el punto de vista de los expertos de la OMS, la diferencia entre no estar mentalmente sano y padecer un trastorno mental es que, en este último caso, existe un *rasgo observable*<sup>41</sup> que no estaría presente en el primero de ellos. Solamente así se tornaría no tan difícil de concebir un caso en el cual alguna persona no goce de una plena salud mental y, a su vez, no padezca tampoco algún tipo de trastorno.

## **Ley de Salud Mental del Distrito Federal**

*It is a traditional axiom of medicine that health is the absence of disease.*

*What is a disease? Anything that is inconsistent with health.*

(Boorse, 1977: 542)

En primer lugar, en lo que respecta a la Ley de Salud del Distrito Federal, considero que es importante señalar que esta se inscribe dentro de lo estipulado en la Ley General de Salud; esto es, no hace algún tipo de agregado o complemento de importancia a lo ya designado en esta última. Sin embargo, como mencioné anteriormente, el Distrito Federal es la única entidad a nivel nacional y de América Latina en tener una reglamentación específica enfocada en salud mental<sup>42</sup>. En esta Ley sí se realiza una caracterización de lo que se está entendiendo por los términos a los que se refiere (incluso, el artículo quinto de su primer capítulo hace patente toda una serie de *definiciones operativas* -lo cual no carece de inconvenientes, pero ahondar en ello me desviaría de los objetivos del presente escrito (ver: Chang, 2009)-). Y así, en lo aprobado por los legisladores como Ley de Salud Mental del Distrito Federal, se acota:

---

<sup>41</sup> La discusión sobre lo que significa para un rasgo el ser observable la retomaré en (2.1.3) y, posteriormente, en (4.1).

<sup>42</sup> Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 23 de febrero de 2011.

La salud mental, se define como el *bienestar psíquico que experimenta de manera consciente* una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad (Capítulo Primero, Art. 2º; el énfasis es mío).

La inclusión de un término compuesto como lo es el de *bienestar psíquico* es, a mi parecer, esencial para la caracterización de la salud mental. No sólo por el hecho de que representa un agregado a lo estipulado por la OMS como meramente *bienestar* sino que, además, introduce el factor de lo *psíquico* como uno que puede englobar los funcionamientos cognoscitivos, afectivos y conductuales de la persona sin el ruido que genera introducir un concepto como es el de *lo mental*<sup>43</sup>. Sin embargo, existen dos señalamientos que quisiera hacer a la definición antes citada.

El primero de ellos se desarrolla al profundizar en las implicaciones que surgen de caracterizar la experiencia del bienestar psíquico como una que se vive «de manera consciente». Por ejemplo, y tomando en consideración solamente lo estipulado en el CIE-10, parte de la caracterización del trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco (F25.0) apunta a que «la alteración del humor es generalmente en forma de euforia acompañada de aumento de la estimación de sí mismo e ideas de grandeza»; también, dentro de la categorización de los trastornos del humor (afectivos) (F30-39), la hipomanía (F30.0) - considerada como uno de los tres niveles de gravedad del episodio maniaco (F30)- se caracteriza de la siguiente manera:

Hay una exaltación leve y persistente del ánimo (durante al menos varios días seguidos), un aumento de la vitalidad y de la actividad y por lo general, *sentimientos marcados de bienestar* y de elevado rendimiento físico y mental. También es frecuente que el individuo se vuelva más sociable,

---

<sup>43</sup> No sólo por la confusión que ha generado a lo largo de la historia la reflexión que apunta a una tajante diferencia entre lo que es mental y lo que es corporal sino que, también, porque existe cierta tendencia a identificar a la ‘mente’ con las funciones cognoscitivas del ser humano (prescindiendo del «mundo subterráneo de los afectos»). A su vez, y más importante aun, al utilizar el concepto de lo ‘psíquico’ en la definición legislativa de salud mental, se abre la puerta a pensar el rol que desempeña este nuevo espacio reflexivo en la dinámica de la salud en general. Incluso, sería interesante reflexionar sobre si el término *psíquico* es aquel que los redactores del DSM están buscando para sustituir los problemas que ellos mismos afirman tiene referirse a lo *mental* cuando se habla de trastornos (ver: 2).

hablador, que se comporte con una familiaridad excesiva, que muestre un excesivo vigor sexual y una disminución de la necesidad de sueño, pero nada de esto tiene una intensidad suficiente como para interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social (OMS, 1992; F30.0; el énfasis es mío).

O, en la manía sin síntomas psicóticos (F30.1), también se puede leer que: «La estimación de sí mismo crece desmesuradamente y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza o extraordinariamente optimistas». La ciclotimia (F34.0), subcategoría de los trastornos del humor (afectivos) persistentes (F34), también se describe como que:

El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y *los períodos de euforia pueden ser muy agradables, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica*. Esto puede deberse, en algunos casos, a que los cambios del estado de ánimo son menos evidentes que los cambios cíclicos en el nivel de actividad, la confianza en sí mismo, la sociabilidad o las apetencias (Ibíd.; el énfasis es mío).

O, ya dentro de los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F62) en la subcategoría de otros trastornos específicos de la personalidad (F60.8), se encuentran trastornos como el de la personalidad narcisista que sigue exactamente la línea que vengo figurando en los párrafos anteriores.

Lo anterior es un claro ejemplo del por qué tanto el CIE-10, como el DSM-IV, son manuales de diagnóstico que deben ser utilizados solamente por profesionales del ámbito de la salud y de la salud mental. Esto puesto que funcionan sólo como guía y ayuda en el diagnóstico que tiene que ser efectuado por un experto en el tema; pudiendo causar errores en personas no dedicadas a estos ámbitos del saber. Es claro que una persona agudizada en la diferenciación de síntomas, signos, patogenias y etiologías no caería en el error de confundir «una experiencia consciente de bienestar psíquico» con «una experiencia consciente de bienestar psíquico debida en parte a algún trastorno como los antes mencionados». Sin embargo, considero que más que ayudar, esa adjetivación de «consciencia» del bienestar psíquico introduce ambigüedades que su exclusión bien podría reducir; y, por lo mismo, el término 'consciencia' no agrega nada sustancial a la definición de salud mental. A su vez, la definición propuesta por la Ley de

Salud Mental del Distrito Federal abre la posibilidad de que *la persona por sí misma* sea quien decida si padece o no un trastorno mental cuando, de principio, cualquier médico aceptaría lo que (Boorse, 1977: 559) establece de la siguiente manera: “*the precise line between health and disease is usually academic*”; o para decirlo de otra forma:

La “enfermedad mental” y el “modelo médico” son esquemas sociales [...] No son mitos, o falsos o arbitrarios, sino más bien representan *consenso* compartido y frecuentemente constituyen *convenciones sociales* derivadas de reglas aceptadas de pruebas. *No son hechos dados* en la naturaleza sino más bien son ideas y conceptos complejos *desarrollados por grupos sociales y legitimados por la validación consensual*. (Klerman, 1977: citado en: Pérez, 1988: 241; el énfasis es mío).

Cuando por los grupos sociales se hace referencia a los médicos -en este caso psiquiatras y psicoterapeutas- quienes, con base en su saber son los que pueden dictaminar qué sí es un trastorno o qué no lo es. Si no se aceptara lo anterior, por ejemplo, no haría falta un trabajo de formación como aquél al que los médicos, psiquiatras y psicoterapeutas se someten durante toda su vida; bastaría con que alguien tomase el CIE-10 o el DSM-IV y se pusiese a diagnosticar a los demás.

Recapitulando. Si en vez de pensar la ‘salud mental’ como estando en relación al «bienestar psíquico que se experimenta de manera consciente», se piensa a esta como «el bienestar psíquico resultado del *buen funcionamiento*<sup>44</sup> de una persona en sus aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales [...]»; ello genera mucho menos ambigüedad que las que surgen por la concepción planteada en la Ley de Salud Mental del Distrito Federal. Y si saco a colación tan tajantemente lo de la ambigüedad de las definiciones, no es solamente porque así lo estipulan las voces de la OMS<sup>45</sup>; también lo hago porque a lo largo de la legislación de salud mental del Distrito Federal, existen ciertos apartados que incluso son contradictorios. Por ejemplo, en su Capítulo III, el Artículo 18 versa:

---

<sup>44</sup> Aunque las discusiones sobre lo que sería *un buen funcionamiento* presentan serios inconvenientes.

<sup>45</sup> Cabe recordar la cita que en (2.1.1) hice del *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y legislación*, donde se leía que “es extremadamente importante que las definiciones sean claras y no contengan ambigüedades” (OMS, 2006a: 22).

La promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, seguimiento y fomento en materia de salud mental tiene carácter prioritario y se basará en el *conocimiento de las causas de las alteraciones de la conducta* (el énfasis es mío).

Si sigo al pie de la letra la cita anterior; ¿dónde entrarían, por ejemplo, la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las *alteraciones cognoscitivas y afectivas* también enmarcadas dentro de la definición de salud mental propuesta por dicha Ley? ¿Es acaso que este Capítulo III intitulado *De las Acciones para la Atención de la Salud Mental* solamente se centra en una tercera parte del espectro planteado como perteneciente al ámbito de la salud mental? O, simplemente, no existe una visión general que guía las distintas secciones de esta legislación; quedando así cada apartado subordinado a las *creencias* del grupo redactor. No lo sé; pero también es motivo de cierta preocupación el hecho que «las acciones para la atención de la salud mental» se basen en el «conocimiento de las causas» de una variedad de trastornos de los cuales «*no se conocen perfectamente sus causas*».

Ahora me centraré en el segundo de los señalamientos que estipulé iba a realizar a la definición de salud mental propuesta por la Ley de Salud Mental del Distrito Federal. Este segundo señalamiento, más que uno dirigido a lo escrito, es uno que apunta a lo omitido en dicha definición. Si el lector recuerda el gran aporte que los representantes de la OMS hicieron a la definición de salud mental -y que era el hecho de que esta «no se ve representada por sólo la ausencia de trastornos mentales»-; mi inquietud vira hacia preguntar el por qué en la definición de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal no se consideró dicha diferenciación. Esta omisión, como mencioné en el apartado antes citado, circunscribe como usuarios solamente a aquel grupo que es considerado como padeciendo algún tipo de trastorno mental; por lo que las acciones, planes, programas y campañas de prevención, promoción y fomento estarían sesgando a gran parte de la población del distrito Federal -situación no poco alarmante y que, incluso, iría en contra de lo estipulado por la Ley.

Aunado a lo anterior, al no hacer dicha diferenciación, uno podría seguir cayendo en aquel círculo que implica definir la salud como la ausencia de enfermedad, y a la enfermedad como algo inconsistente con la salud.

## Conclusiones

*Psychiatry has become a hodgepodge of unscientific opinions, assorted philosophies and 'schools of thought,' mixed metaphors, role diffusion, propaganda, and politicking for 'mental health' and other esoteric goals.*

(Ludwig, 1975; citado en: Engel, 1979: 129)

Tal y como relaté anteriormente, la Ley General de Salud de México no establece una definición ni siquiera operativa de lo que se está entendiendo por 'salud mental'. Sin embargo, si lo que se piensa hacer es crear una legislación con un enfoque intermedio-combinado, es decir, proponer una ley general que sea complementada con una de tipo específico en lo que respecta al ámbito de la salud mental; en principio, la ausencia de una definición en la Ley General de Salud no representaría un detrimento *per se*. El problema radica en que, en primer lugar, salvo en el Distrito Federal, no existe en todo el territorio nacional una ley específica de salud mental. Esto tiene como consecuencia que los esfuerzos que pudieran existir para hacer valer este derecho constitucional estarían, de base, *descoordinados* (ello debido a que no existe una línea rectora).

Ahora bien, por su parte, la Ley de Salud Mental del Distrito Federal presenta algunos inconvenientes. De principio, su definición de 'salud mental' no obedece a los actuales desarrollos expuestos por los expertos de la OMS, a saber, que la salud mental no es reducible a simplemente la ausencia de trastornos mentales; por ello, esta legislación se presenta como *incompleta* al apearse a los presupuestos ya superados del modelo biomédico de la enfermedad y, por ende, sesga el alcance de las políticas públicas que de ahí llegaran a emerger. Aunado a esto, a lo largo de esta ley se presentan algunas incongruencias que incluso llegarían a caer dentro de la categoría de *inconsistencias internas*.

Sin embargo, si aceptamos que «*la salud mental no es un estado que pueda adjudicársele a un ser humano per se; es, en cambio, un constructo teórico que nos ayuda a dibujar un estado ideal que a su vez depende de cómo entendamos otros*

*conceptos asaz imbricados en su dinámica como, por ejemplo, aquello a lo que se refiere cuando hablamos de bienestar, de enfermedad o de trastorno, donde también entra a colación la diferencia que distingamos entre lo que es físico y lo que es mental»; esto muestra que las fallas existentes en las legislaciones analizadas no responden meramente a algún acto de negligencia o ingenuidad, sino que en su base misma se presenta un problema de mucho mayor hondura y que prácticamente se escapa a las herramientas que los tomadores de decisiones tienen en sus manos.*

Entonces, si se acepta que la diferencia entre padecer un trastorno mental y no gozar de una plena salud mental está en relación con los «síntomas observables» que poseen las personas que entran dentro de la primera categoría y esto, a su vez, depende de la formación académica de los médicos, psiquiatras y psicoterapeutas en cuestión; no se necesita de mucha lucidez para hallar el núcleo de todas estas problemáticas.

Si actualmente no existe una teoría coherente que pueda dar cuenta de los trastornos mentales (Kastching, 2010) o, peor aun, si lo que la historia muestra es que, en realidad, existe toda una serie de *estilos clínicos* completamente distintos que, de principio, conceptualizan de manera diferente lo que se está entendiendo por 'trastornos mentales' (ver: Gallardo, 2012); es fácil dar cuenta que el problema no radica en las leyes o en la política a partir de la cual se generan, sino en la ausencia de un conocimiento o grupo de conocimientos que sirvan de base para saber, en principio, a qué nos estamos refiriendo con semejante término (en cualquiera de sus múltiples facetas).

Justo de aquí que, en primerísima instancia, se tenga que revisar los desarrollos científicos actuales que busquen dar cuenta del fenómeno de la locura; sólo así se podrá, en un segundo momento, *generar una política que realmente se enfoque en hacer valer nuestro derecho constitucional.*

Ahora bien, independientemente de la urgente necesidad de llevar a cabo un proyecto de investigación relacionado a los desarrollos de la clínica psiquiátrica; dado que no se puede ignorar que las políticas públicas no pueden esperar a que ello se realice, con base en el análisis hecho a lo largo del presente apartado, es que puedo proponer una definición de 'salud mental' que englobe dentro de sí lo más atinado de las distintas

concepciones que revisé. Obviamente, la definición así propuesta no busca ser una completa o final del asunto; *su propósito estriba en generar la mejor descripción posible en lo que la investigación pueda llegar a generar una más atinada*. Por lo tanto, y sólo como definición transitoria de trabajo:

*La salud mental no radica solamente en la ausencia de trastornos mentales; esta se define como un estado de bienestar general que se ve conformado, en parte, por el bienestar psíquico resultado del buen funcionamiento de un individuo en sus aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales. Dicho estado posibilita que la persona sea consciente de sus propias capacidades, pueda afrontar las tensiones normales de la vida, pueda trabajar de forma productiva y fructífera, logre recrearse y sea capaz de hacer una contribución a su comunidad.*

# 6. Referencias

APA (1952) **Diagnostic and Statistical Manual. Mental Disorders**. Washignton: American Psychiatric Association. Mental Hospital Service.

\_\_\_\_\_ (1995) **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta Edición Revisada**. Texto electrónico.

Arteta, A. (1998) **La tolerancia como barbarie**. En: *Debate sobre multiculturalismo y tolerancia*. Texto electrónico.

\_\_\_\_\_ (2008) **La tolerancia y sus límites**. En: Arteta, A. (ed.) (2008) *El saber del ciudadano. Las nociones capitales de la democracia*. Madrid: Alianza.

Bechtel, W. (2008) **Mental Mechanisms. Philosophical Perspectives on Cognitive Neuroscience**. New York - London: Routledge.

Bechtel, W. & Wright, C. (2009) **What is psychological explanation?** En: Calvo, P. & Symons, J. (ed.) *Routledge companion to philosophy of psychology* (pp. 113-130). London: Routledge.

Beckner, M. (1974) **Reduction, Hierachies and Organicism**. En: En: Ayala F. y Dobzhansky Th. (eds.) *Studies in The Philosophy of Biology*: 163-177. London: MacMillan.

Bedau, M. (2003) **Downward causation and autonomy in weak emergence**. En: *Principia* 6: 5-50.

Bercherie, P. (1980) **Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico**. Texto electrónico.

Bernard, C. (1859) **Introduction à l'étude de la médecine experimental**. París: Collège de France.

Berrios, G. (1996 - 2002) **The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century**. Cambridge University Press.

Bertolote, J. (2008) **Raíces del concepto de salud mental**. En: *World Psychiatry* (Ed Esp) septiembre, 6:2.

Bichat, M. F. X. (1805) **Anatomie générale appliquée à la Physiologie et Médecine**. Paris. Citado en: Goodfield, J. (1974) *Changing Strategies: A Comparision of Reductionist Attitude en Biological and Medical Research in the Nineteenth and Twentieth Centuries*. En: Ayala F. y Dobzhansky Th. (eds.) *Studies in The Philosophy of Biology*: 65-86. London: MacMillan.

- Boorse, C. (1977) **Health as a theoretical concept**. En: *Philosophy of Science*, Vol. 44, Núm. 4 dic. 1977, The University of Chicago Press, pp. 542-573.
- Brena, I. (2009) **El Derecho a la Salud**. En: Valdés, L. M. (2009) (coord.) *Derechos de los mexicanos: introducción al derecho demográfico*. México: IIF -UNAM.
- Campbell, D. (1974) **Downward Causation in Hierarchically Organized Biological Systems**. En: Ayala F. y Dobzhansky Th. (eds.) *Studies in The Philosophy of Biology*: 179-186. London: MacMillan.
- Carnap, R. (1928 – 1990) **Pseudoproblemas en la filosofía**. México: IIFs, UNAM.
- Cartwright, 1999 **The Dappled World. A Study of the Boundaries of Science**. Cambridge University Press.
- Chang, H. (2009) **Operationalism**. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2009 Edition)*, Edward N. Zalta (ed.), URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2009/entries/operationalism/>>.
- Changeux, J. P. & Ricoeur, P. (1998 - 2001) **La naturaleza y la norma. Lo que nos hace pensar**. México: FCE.
- Craver, C. (2007) **Explaining the Brain. Mechanisms and the Mosaic Unity of Neuroscience**. Oxford: Clarendon Press.
- Craver, C.; Bechtel, W. (2007) **Top-down causation without top-down causes**. En: *Biology and Philosophy*; 22: 547 - 563.
- Dupré, J. (2010) **It is not possible to reduce biological explanations to explanations in Chemistry and/or Physics**. En: Ayala & Arp. (eds.) (2010) *Contemporary Debates in Philosophy of Biology*.
- Einstein, A. (1951) **Albert Einstein: Philosopher Scientist**. Nueva York: P. A. Schilpp.
- Elgin, C. (2010) **Keeping things in perspective**. En: *Philosophical Studies* 150, no. 3: 439-447
- Engel, G., (1979) **The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine**. En: *Science*, New Series, Vol. 196, No. 4286. (Apr. 8, 1977), pp. 129-136.
- Feyerabend, P- (1965) **Reply to Criticism**. En: Colodny, R. G. (ed.) *The Nature and Function of Scientific Theory*. University of Pittsburgh Press.
- \_\_\_\_\_ (1975 - 2010) **Tratado contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento**. Madrid: Tecnos.
- \_\_\_\_\_ (1999 - 2001) **La conquista de la abundancia**. España: Paidós.

Freud, S. (1900 - 2006) **La interpretación de lo sueños**. Obras Completas, Tomo V. Buenos Aires Amorrortu.

\_\_\_\_\_ (1907 [1906] - 2006) **El Delirio y Los Sueños En La “Gradiva” de Jensen**. Obras Completas, Tomo IX. Buenos Aires Amorrortu.

Foucault, M. (1953 - 2009) **El nacimiento de la clínica**. México: Siglo XXI.

\_\_\_\_\_ (1964 - 2002) **Historia de la locura en la época clásica**. Tomos I y II. México: FCE.

\_\_\_\_\_ (1969 - 2008) **La arqueología del saber**. Buenos Aires: Siglo XXI.

Gallardo, T. (2012) **El DSM y la Degeneración del Saber Psiquiátrico. El criterio terapéutico de la reconstrucción racional de la clínica psiquiátrica**. Tesis de Fin de Máster. España - México: UPV - UNAM.

Giere, R. (1995) **The skeptical perspective: Science without laws of nature**. En F. Weinert (ed.) *Laws of Nature: Essays on the Philosophical Scientific, and Historical Dimensions*.

\_\_\_\_\_ (1999) **Using Models to Represent Reality**. Texto electrónico.

\_\_\_\_\_ (2004) **How Models Are Used to Represent Reality**. En: *Philosophy of Science*, Vol. 71 pp. 742–752.

Goodfield, J. (1974) **Changing Strategies: A Comparison of Reductionist Attitude en Biological and Medical Research in the Nineteenth and Twentieth Centuries**. En: Ayala F. y Dobzhansky Th. (eds.) *Studies in The Philosophy of Biology*: 65-86. London: MacMillan.

Goodman, L. E. (1992) **Seis dogmas del relativismo**. En: Dascal, M. (comp.) (1992) *Relativismo cultural y filosofía. Perspectivas norteamericana y latinoamericana*. México: IIFs y UNAM.

Giroux, E. (2010) **Après Canguilhem : Définir la santé et la maladie**. Presses Universitaires de France.

Hacking, I. (2007) **Kinds of People: Moving Targets**. *Proceedings of the British Academy* 151, 285 - 318. The British Academy.

Hempel, C. (1950) **Problemas y cambios en el criterio empirista de significado**. En: Ayer, A. J. (1965) *El positivismo lógico*. México: FCE.

Horst, S. (2007) **Beyond Reduction. Philosophy of Mind and Post-Reductionist Philosophy of Science**. Oxford University Press.

Huertas, R. (2001) **Historia de la Psiquiatría, ¿Por Qué?, ¿Para Qué? Tradiciones Historiográficas y Nuevas Tendencias**. En: *FRENIA*. Vol 1-1; págs 9-36.

Ibáñez, T. (1994) **Toda la verdad sobre el relativismo auténtico**. En: Ibáñez, T. (2006) *¿Por qué A? Fragmentos dispersos para un anarquismo sin dogmas*. España: Anthropos.

Katschnig, H. (2010) **¿Son los psiquiatras una especie en peligro de extinción? Observaciones sobre los retos internos y externos que afronta la psiquiatría**. En: *World Psychiatry. Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)*. Vol. 8, no. 1 9: 21-28.

Kendler, K. S.; Zachar, P.; Craver, C. (2011) **What kinds of things are psychiatric disorders?** En: *Psychological Medicine*, 41, 1143–1150. Cambridge University Press 2010.

Kirsch, I. (2010) **The Emperor's New Drugs. Exploding the Antidepressant Myth**. UK: Basic Books.

Kuhn, T. (1962 - 2007) **La estructura de las revoluciones científicas**. México: FCE.

Lakatos, I. (1970) **La falsación y la metodología de los programas de investigación científica**. En: Lakatos, I. (2007 - 2010) *Escritos Filosóficos 1. La metodología de los programas de investigación científica*. Madrid: Alianza.

\_\_\_\_\_ (1971) **La historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales**. En: Lakatos, I. (2007 - 2010) *Escritos Filosóficos 1. La metodología de los programas de investigación científica*. Madrid: Alianza.

\_\_\_\_\_ (1971b - 2011) **Reply to my critics**. En: Lakatos, I. (1971a - 2011) *Historia de la Ciencia y sus reconstrucciones racionales. Simposio con la participación de Herbert Feigl, Richard J. Hall, Noretta Koertge y Thomas S. Kuhn*. Madrid: Tecnos.

\_\_\_\_\_ (1973) **Ciencia y pseudociencia**. En: Lakatos, I. (2007 - 2010) *Escritos Filosóficos 1. La metodología de los programas de investigación científica*. Madrid: Alianza.

Lantéri-Laura, G. (1998 - 2000) **Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna**. Madrid: Triacastela

Laudan, L. (1977) **Progress and its Problems: Towards a Theory of Scientific Growth**. University of California Press.

Laurent, É. (1999) **Pluralización Actual de las Clínicas y Orientación hacia el Síntoma**. En: *Bitácora Lacaniana. El Psicoanálisis hoy*. No. 3; marzo 2008: <http://www.nel-amp.org/bl/blog/periscopio2.html>

Lenin, V. I. (1914 - 1916) **Conspectus of Hegel's Book the Science of Logic**. En: Lenin, V. I. (1961 - 2008) *Collected Works. Volume 38. Philosophical Notebooks*. Moscow: Progress Publishers.

Micale, M. & Porter, R. (1994) **Discovering the history of psychiatry**. Oxford University Press.

Millikan, R. (1989) *In defense of proper functions*. Texto electrónico.

Miscellaneous (sin año) **El Espíritu de los Upanishads (Los Aforismos del Sabio)**. Barcelona: Antonio Roch.

Mitcham C. & Fischer, E. (2012) *Ethics and Policy*. En: Chadwick, R. (ed.) *Encyclopedia of Applied Ethics, Second Edition*. Volume 2. San Diego: Academic Press; 2012. pp. 165–172.

Mitchell, S. (2000) *Dimensions of Scientific Law*. *Philosophy of Science*, Vol. 67, No. 2 (Jun., 2000), 242-265.

\_\_\_\_\_ (2009) *Unsimple Truths. Science, Complexity and Policy*. The University of Chicago Press.

Nin, A. (1992 - 2006) **Incesto. Diario amoroso (1932-1934)**. España: Siruela.

Olivé, L. (1999) **Multiculturalismo y pluralismo**. México, Buenos Aires, Barcelona: Paidós; FFyL, UNAM.

\_\_\_\_\_ (2000 - 2008) **El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y la tecnología**. México: Paidós - UNAM.

\_\_\_\_\_ (2007 - 2008) **La ciencia y la tecnología en la sociedad del conocimiento. Ética, política y epistemología**. México: FCE.

Olivé, L. & Pérez, A. (1989 - 2010) **Filosofía de la ciencia: teoría y observación**. México: Siglo XXI.

OMS (1992) **Clasificación internacional de enfermedades, décima versión**. Texto electrónico.

\_\_\_\_\_ (2003 - 2005) **Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos**. México: Editores Médicos.

\_\_\_\_\_ (2005 - 2006) **Política, Planes y Programas de Salud Mental**. México: Editores Médicos.

\_\_\_\_\_ (2006a): **Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y legislación**. Ginebra: OMS.

\_\_\_\_\_ (2006b) **¿Cuáles son los primeros signos de los trastornos mentales?** <http://www.who.int/features/qa/38/es/> Lunes 8 de agosto, 2011.

\_\_\_\_\_ (2007) **¿Qué es la salud mental?** <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

Oppeheim y Putnam (1958) *Unity of Science as a Working Hypothesis*. Texto electrónico.

Pérez, R. (1988) **El concepto de enfermedad**. Vol II. Mexico: FCE.

- Piccinini, G. & Craver, C. (2011) ***Integrating psychology and neuroscience: functional analyses as mechanism sketches***. *Synthese* 183 (3):283-311.
- Pichot, P. (2009) **La psiquiatría actual**. Madrid: Triacastela
- Putnam, H. (1987 - 1994) **Las mil caras del realismo**. Barcelona: Paidós.
- Roskies, A. (2007) ***Are Neuroimages Like Photographs of the Brain?*** En: *Philosophy of Science*, 74; pp. 860-872.
- Shorter, E. (1997 - 1999) **Historia de la Psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la Fluoxetina**. Barcelona: J & C, Ediciones Médicas.
- Suárez, R. (2005) **Hacia una interpretación no relativista del anarquismo epistemológico**. En: Pérez, A. R. (edit.) (2005) *Perspectivas y horizontes de la filosofía de la ciencia a la vuelta del tercer milenio*. Tomo II. México: FFyL, IIFs y UNAM.
- Szasz, T. (2011) ***The myth of mental illness: 50 years later***. En: *The Psychiatrist*, 35: 179-182
- Van Fraassen, B. (2008) ***Scientific Representation: Paradoxes of Perspective***. Oxford: Clarendon Press.
- Von Eckardt, B. & Poland, F. (2004) ***Mechanism and Explanation in Cognitive Neuroscience***. *Philosophy of Science*, Vol. 71, No. 5
- Žižek, S. (2007) **Prólogo. Terrorismo y comunismo, de Trotsky, o Desesperación y utopía en el turbulento año de 1920**. En: Žižek, S. (2007 - 2009) *Slavoj Žižek presenta a Trotsky. Terrorismo y comunismo*. Madrid: Akal.