



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

POSGRADO EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FILOSÓFICAS
FILOSOFÍA DE LA CIENCIA
FACULTAD DE CIENCIAS
DIRECCIÓN GENERAL DE DIVULGACIÓN DE LA CIENCIA

Clases naturales como enjambres de disfunciones sistémico-homeostáticas. Un marco epistemológico para la clasificación de trastornos mentales

T E S I S

Que para optar por el grado de doctora en Filosofía de la Ciencia

Presenta

Mariana Salcedo Gómez

Dra. Claudia Lorena García Aguilar (IIF-UNAM)
Dr. Sergio Fernando Martínez Muños (IIF-UNAM)
Dra. Nuria Valverde Pérez (UAM-Cuajimalpa)
Dr. Carlos López Beltrán (IIF-UNAM)
Dr. Rigoberto León Sánchez (Facultad de Psicología)

Ciudad de México, Agosto 2018



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.

AGRADECIMIENTO

Esta investigación doctoral se realizó con el apoyo de la beca de doctorado CONACyT, durante el periodo 2010-2014

Contenido

Introducción

1. El contexto de las prácticas psiquiátricas en las que se forjan los criterios de clasificación en el siglo XIX en Europa

Resumen y objetivos del capítulo

1.1. El nacimiento de la psiquiatría como disciplina médica

1.1.1. El Alienismo y el tratamiento moral

1.1.2. El fracaso del proyecto asilar y el tratamiento moral

1.2. La psiquiatría en hospitales y universidades. Un enfoque biológico de las enfermedades mentales

1.3. Prácticas psiquiátricas y criterios de clasificación en el siglo XIX

1.4. Los sistemas de clasificación en el siglo XX y XXI

2. El concepto de enfermedad y su relevancia en la construcción de clasificaciones

Resumen y objetivos del capítulo

2.1. Introducción

2.2. El concepto de enfermedad: teorías normativas, naturalistas e híbridas

2.3. Teorías objetivistas/naturalistas. Boorse y la noción de déficit funcional en clases de referencia

2.4. Teorías normativas. Rachel Cooper: las enfermedades mentales como condiciones desafortunadas

2.5. Teorías híbridas. Jerome Wakefield: disfunción y daño

2.5.1. La crítica de Wakefield al concepto de enfermedad mental en el DSM-III

2.5.2. La enfermedad mental como disfunción que causa un daño

2.6. Consideraciones finales

3. La teoría seleccionista de funciones biológicas

Resumen y objetivos del capítulo

3.1. Introducción

3.2. Teoría etiológica de funciones

3.3. Ruth Millikan: selección natural y funciones propias

- 3.4. Restricciones de la teoría de funciones propias como criterio para definir el concepto de enfermedades mentales
 - 3.5. Otras limitaciones de la teoría evolutiva como contexto teórico para definir enfermedad mental como fallo en una disfunción propia
 - 3.6. Consideraciones finales
4. **Marco teórico para la clasificación de los trastornos mentales: funciones sistémicas y clases naturales como enjambres de propiedades homeostáticas**
- Resumen y objetivos de capítulo
- 4.1. Introducción
 - 4.2. Análisis sistémico de funciones
 - 4.2.1. El carácter normativo de las funciones biológicas
 - 4.3. Clases naturales como enjambres de propiedades homeostáticas
 - 4.3.1. La noción de mecanismo como criterio para fundamentar clases naturales
 - 4.3.1.1. Mecanismos físicos y mecanismos homeostáticos
 - 4.3.1.2. La individuación de mecanismos homeostáticos en la teoría de clases naturales como EHP
5. **Estrategias de clasificación de los trastornos mentales: DSM, RdoC y enjambres de mecanismos homeostáticos**
- Resumen y objetivos del capítulo
- 5.1. Antecedentes de la estrategia de clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM) a partir de su tercera edición
 - 5.1.1. Validez de diagnóstico
 - 5.1.1.1. La dimensión psicométrica de la validez de diagnóstico
 - 5.1.1.2. La dimensión neurobiológica de la validez de diagnóstico
 - 5.1.1.3. El fracaso del programa de la validez de diagnóstico
 - 5.1.2. La validez conceptual de Jerome Wakefield
 - 5.2. Estrategia etiológica de clasificación: el modelo de endofenotipos y el programa de investigación por criterio de dominio (ResearchDomainCriteria, RdoC)
 - 5.2.1. Reduccionismo y causalidad en la segunda psiquiatría biológica
 - 5.2.2. La noción de validez en el contexto de los programas de investigación y clasificación de la segunda psiquiatría biológica
 - 5.3. Trastornos mentales como enjambres de disfunciones sistémico-homeostáticas

5.3.1. Tipos de enjambres de disfunciones sistémico-homeostáticas

5.3.2. Ventajas de una estrategia sistémico funcional de clasificación de los trastornos mentales

Conclusiones

Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Desde los albores del siglo XIX, con el paulatino desarrollo de la nascente disciplina psiquiátrica, **diversas necesidades** promovieron la clasificación de lo que hoy llamamos trastornos mentales. Ya fuera bajo la noción de *locura*, término utilizado para tipificar a un *ser* desprovisto completamente de razón, o bajo el concepto de *alienación*, el cual implicaba que al menos había un resto de razón en el sujeto alienado, diferentes ejercicios fueron realizados con el fin de separar y nombrar las formas anormales de la mente. Todo ello motivado, principalmente, por la necesidad de organizar a las poblaciones en los asilos, hospicios y hospitales, administrar algún tipo de tratamiento y elaborar estadísticas para los estados. Con el concepto de *enfermedad mental*, fundado en el modelo médico, las prácticas de individuación y clasificación buscaron trascender tanto las necesidades administrativas de las instituciones asilares como las formas clínicas de la conducta desviada, buscando, sobre todo, capturar las diferentes formas a partir de sus causas biológicas.

El análisis filosófico de los criterios de clasificación utilizados para categorizar los trastornos mentales desde el siglo XIX hasta principios del XXI es una tarea no solo apasionante sino relevante, puesto que dicha tarea busca revelar los supuestos ontológicos, epistemológicos y pragmáticos que han guiado una disciplina cuyo objetivo principal ha sido satisfacer las condiciones de cientificidad de las ciencias médicas, al mismo tiempo que su objeto de estudio y tratamiento ha mostrado asideros elusivos para la mirada científica, principalmente porque las definiciones de los trastornos mentales se han articulado en torno al lenguaje de la psicología popular (Murphy, 2007), cuyos términos por un lado, conllevan una múltiple carga semántica, y por el otro, tienen una correspondencia pobre o poco clara con los términos y conceptos de las ciencias cognitivas y las neurociencias cognitivas, estas últimas, disciplinas que han avanzado sustancialmente en la cartografía y funciones de la mente.

Por otro lado, y dado el carácter intrínsecamente normativo de las nociones de locura, alienación o trastorno mental, antes de abordar los criterios de clasificación utilizados por la psiquiatría, ha sido preciso revisar y discutir la intensión y extensión de los términos –enfermedad” y –enfermedad mental”, los cuales han servido como marcos para describir o

explicar fenómenos tan complejos como los trastornos mentales. Así, frente a quienes sostienen que los trastornos mentales sólo son conductas que violan las normas sociales, y no hay evidencia para sostener que son lesiones en algún órgano (Szasz, 1961) parece necesario que la psiquiatría establezca algún “criterio objetivo” acerca de los estados, procesos o condiciones que determinan un trastorno mental y que sea complementario con las propiedades normativas que los caracterizan. En este trabajo, por ende, sostenemos que con el establecimiento de algunos criterios sobre el tipo de condiciones psicopatológicas que cuentan como trastornos o enfermedades mentales, la psiquiatría tiene mejores posibilidades de desarrollar un sistema de clasificación que incluya fenómenos de la misma clase, es decir, fenómenos que satisfagan criterios mínimos de semejanza. Para explicar mejor este último punto tomemos como ejemplo la clase *mamíferos*. Hoy en día se conocen alrededor de cinco mil quinientas especies de mamíferos que habitan en hábitats muy distintos y poseen aspectos también muy distintos; esta gran cantidad de especies de mamíferos es representativa de la diversidad que caracteriza el mundo animal. No obstante, dentro de esta diversidad algunos rasgos son comunes entre los mamíferos: son animales vertebrados, de sangre caliente y, en su gran mayoría, el desarrollo de sus crías se gesta en el vientre materno. Si bien podríamos adicionar otros rasgos o criterios de los mamíferos, los mencionados son suficientes para, en última instancia, incluir o excluir ciertas especies.

A lo que quiero apuntar en el párrafo anterior, es a que la distinción ya sea de clases de organismos como los mamíferos, o clases de condiciones como los trastornos mentales, precisa de la identificación y el establecimiento de algunos criterios que permitan identificarlos y discriminarlos de otros. Esto parece una necesidad epistemológica no sólo en el contexto de las disciplinas científicas, sino en cualquier otro ámbito de la vida en el que las personas llevan a cabo la tarea de discriminar y clasificar para algún propósito en particular. Los criterios a los que me refiero para definir qué es un trastorno mental, no son exhaustivos, son criterios mínimos que debería satisfacer cada una de las instancias que pretendan clasificarse como tal. Tales criterios son importantes además para reconocer dentro de la diversidad de instancias aparentemente distintas, aquellas que pertenecen a una misma clase de fenómenos, al mismo tiempo que estos criterios permitan discriminar cuando dos instancias en apariencia semejante pertenecen a clases distintas. En el caso que nos ocupa aquí, los criterios a los que me refiero deberían permitir determinar con cierto

grado de éxito o certeza, qué es lo que hace de la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión mayor o el trastorno obsesivo compulsivo, un trastorno mental; al mismo tiempo que permita discriminar y demarcarlos de otros síndromes clínicos que no lo serían y que pueden representar simplemente conductas bizarras o disruptivas. Así, sostendré junto con Wakefield (1992) que una definición mínima de enfermedad mental que incluya al menos dos criterios, un criterio objetivo y un criterio normativo, deberá funcionar como una herramienta para discriminar los trastornos mentales de otras condiciones dañinas y/o clínicamente relevantes, pero que no son trastornos mentales sino simplemente condiciones que causan algún sufrimiento.

La idea de una definición de enfermedad mental que incluya un criterio objetivo y un criterio normativo, surge de los análisis sobre el concepto de enfermedad que han hecho filósofos como Boorse (1975), Kendell (1975), Scadding (1988), Wakefield (1992) o Cooper (2005), entre muchos otros, y cuyas discusiones se han centrado en si las enfermedades son estados o procesos que se anuncian en el organismo, es decir, son condiciones objetivas, o si estas son condiciones indeseables, incapacitantes, o dolorosas, es decir, si están delimitadas fundamentalmente en virtud de los juicios de valor de una sociedad. Teniendo en cuenta estas discusiones sobre si las enfermedades son condiciones objetivas que se anuncian en el organismo por alguna lesión, disfunción o daño, o si son condiciones normativamente delimitadas, es que se han propuesto criterios objetivos, normativos o ambos, para definir qué es una enfermedad.

Ahora bien, como en cualquier otra disciplina médica y científica, e incluso como en cualquier actividad humana, la organización y clasificación de los objetos que pueblan el mundo es una actividad habitual, incluso podría decirse que es un hábito cognitivo. No obstante, cuando además de clasificar objetos del mundo se busca o pretende postular “clases naturales”, suele suponerse que aquello que organizamos obedece a la manera en que está estructurada la naturaleza sin mediación del observador, más allá de conceptos, teorías y métodos humanos; es decir, que la identificación de clases naturales supondría una revelación y exposición del tejido del mundo. Esta concepción de clases naturales se conoce como “esencialismo”, y supone no sólo un compromiso ontológico muy fuerte respecto de los objetos (y sus límites) que existen en el mundo, sino que tales objetos

poseen propiedades estables que les permiten comportarse siempre de la misma manera. Tales propiedades figuran en leyes naturales universales que permiten hacer buenas inferencias inductivas sobre la estructura causal del mundo.

Las teorías esencialistas de clases naturales suponen que una clase natural como el agua, posee una propiedad esencial, a saber, su estructura molecular formada por dos hidrógenos y un oxígeno. Lo mismo se piensa de los elementos de la tabla periódica, su número y peso atómico son propiedades estables de cada elemento. De esta manera, se tiene la idea de que elementos como el agua o el oro son excelentes candidatos a clases naturales pues poseen estructuras causalmente homogéneas, es decir, propiedades esenciales presentes de manera regular en todas las instancias, lo cual asegura un comportamiento también predecible. Por ejemplo, la estructura molecular del agua, dos hidrógenos y un oxígeno, confiere a ésta una gran capacidad térmica, que le permite albergar mucho calor sin subir su temperatura. Al mismo tiempo, dicha estructura molecular explica otras cualidades físicas, por ejemplo, su capacidad para disolver otras sustancias.

Si bien moléculas como el agua (o cualesquiera de los elementos de la tabla periódica) suelen considerarse excelentes candidatos a clases naturales por la presunta estabilidad de sus propiedades (esencias) y la homogeneidad causal que la estabilidad de tales propiedades les confiere, no sucede lo mismo con las entidades pertenecientes al dominio biológico. Por ejemplo, es más controvertida la pertenencia de los conceptos *especie* o *gen* al conjunto *clases naturales*, al menos en el marco de la teoría esencialista. Una razón importante para cuestionar su pertenencia, se atribuye a las variaciones presentes en los objetos a los que tales conceptos hacen referencia y, la inestabilidad de sus definiciones, pues en la mayoría de los casos no hay propiedades necesarias ni suficientes en relación con tales conceptos. En otras palabras, parece que las especies biológicas no cumplen con los tres criterios de la teoría esencialista para ser buenos candidatos a clases naturales. Es decir, no figuran en leyes generales, no poseen uniformidad causal y, presuntamente, esto no permite hacer inferencias legítimas. Quienes defienden una postura esencialista de las clases naturales sostienen que las especies son individuos sujetos a procesos evolutivos, lo que los hace susceptibles a al cambio y también a la extinción. Esto conlleva la posibilidad de que aquello que se predique hoy de una especie, no necesariamente podrá predicarse en el

futuro, pues se transforma o se extingue. Si una especie evoluciona, hay modificaciones en el material genético y en los rasgos de la especie, es decir, se pierde la uniformidad en las propiedades a la que apela la teoría esencialista.

No obstante, a pesar de las fuerzas evolutivas a las que están sujetas las especies biológicas, Millikan sostiene que estas siguen siendo buenos candidatos a clases naturales mientras permitan hacer inferencias inductivas legítimas, lo cual es posible no a partir de leyes generales sobre su estructura causal, sino a partir de los vínculos históricos que existen entre los miembros de una especie en un tiempo t y los miembros de la misma especie en un tiempo t' . Si bien las propiedades de una especie no figuran en leyes universales, si figuran dentro de ciertas regularidades, lo que garantiza una cierta estabilidad de tales propiedades entre los miembros de una misma especie.

Un aspecto central del argumento de Millikan es que aquello que mantiene la estabilidad de las propiedades de una clase no necesariamente es atribuible a una estructura causal homogénea. Es importante resaltar este argumento de Millikan pues apoya en gran medida el argumento que nos sirve para sostener que los trastornos mentales también pueden ser buenos candidatos a clases naturales, aún cuando no conozcamos las estructuras causales que subyacen a las disfunciones cognitivas y/o neurales que se observan regularmente asociadas configurando síndromes clínicos específicos. Es decir, lo que aquí sostendremos es que para postular una clase natural no es preciso apelar a la estructura causal que subyace a una o más propiedades relevantes de una clase, sino que la estabilidad de tales propiedades podría considerarse un criterio suficientemente robusto como para hacer inferencias inductivas legítimas.

Una teoría alternativa de clases naturales que surge en respuesta a la teoría esencialista, y como respuesta a la controversia surgida en relación con la postulación de clases en las ciencias biológicas, es la teoría de *Enjambres de Propiedades Homeostáticas* (EPH, en adelante), propuesta por Richard Boyd (1989). Esta teoría hace hincapié en dos aspectos; por un lado, en la relativa estabilidad de las propiedades de una clase natural en los organismos biológicos y, por el otro, en el reconocimiento de la variación biológica de tales organismos. La combinación de ambos aspectos da lugar a una concepción de clases naturales en la que si bien prevalece el criterio de la estabilidad de las propiedades, se

elimina el presupuesto esencialista acerca de la presencia invariable de estas, en todas y cada una de las instancias de una clase a fin de que se consideren como pertenecientes a la misma clase. Un tercer aspecto de la teoría EPH que prevalece igual respecto a la teoría esencialista, es su carácter fundamentalmente causal; es decir, se presume que las propiedades se mantienen unidas de manera relativamente estable gracias a la presencia de ciertas estructuras causales. En otras palabras, el señalamiento de tales estructuras causales es un criterio central para fundamentar la postulación de una clase natural, una exigencia que es difícil satisfacer tanto en el caso de la noción de especie como en el de los trastornos mentales tal y como se verá en los capítulos 4 y 5.

La postura que sostendremos aquí es que las disciplinas biológicas y médicas no tienen por qué satisfacer la exigencia, o ideal epistémico, respecto de develar los mecanismos causales de sus clases a fin de considerarse bien fundamentadas. En última instancia, un ideal epistémico que debe prevalecer en cualquier empresa de individuación de clases es la posibilidad de hacer inferencias legítimas a partir de éstas. Una tarea que no exige la revelación de los mecanismos causales sino, como veremos más adelante, puedan satisfacerse a partir del análisis de los componentes y de sus relaciones en un sistema funcionalmente estructurado.

Si los conceptos de *especie* y *gen* han sido candidatos controvertidos para ser considerados clases naturales, considerar los trastornos mentales como tal tipo de clases es una discusión aún más polémica. Tradicionalmente se ha considerado, sin cuestionamiento, que las categorías psiquiátricas son clases humanas (Hacking 1995; Cooper, 2005), es decir, clases que son aplicables únicamente a las personas o grupos de personas, y que han sido postuladas en virtud de juicios sobre lo que es bueno o malo para ellas. Entre los argumentos de quienes sostienen que las categorías psiquiátricas son clases humanas y no clases naturales existe la idea que estas últimas son aplicables sólo a organismos, fenómenos y objetos de la naturaleza, “objetos” todos estos que no afectan la definición de su clase, ni la alteran con el tiempo, como si sucede con las clases humanas (Hacking, 1995). De acuerdo con Hacking, las clases humanas, a diferencia de las clases naturales, están sujetas a procesos de creación y modificación por parte de la sociedad que las crea, no sólo a partir del conocimiento que se produce sobre las mismas sino como resultado del

hecho de que son encarnadas por sujetos. Hacking hace un extenso análisis sobre los procesos sociales que dieron lugar y terminaron con algunos diagnósticos psiquiátricos transitorios como la drapetomanía, el trastorno de personalidad múltiple y sobre viajeros que se extraviaban y no recordaban dónde habían estado (mad travellers). Para cada una de las categorías analizadas, Hacking muestra como una vez que la categoría se postula comienzan a aparecer cada vez más casos de personas que presuntamente –sufren” estas condiciones, al mismo tiempo que quienes encarnan estas categorías reproducen las definiciones de tales categorías a la vez que las transforman en el tiempo.

Una de las objeciones de Hacking respecto que las clases humanas se consideren –erróneamente” clases naturales, es que esta transición implica una biologización de tales clases, es decir, son condiciones que tienden a naturalizarse y medicalizarse, como en el caso de las categorías psiquiátricas. En tal caso, la postura que aquí se sostendrá es que no todas las clases que se aplican a personas, caen erróneamente en una tendencia biologizante, o al menos es un error que puede reducirse siempre y cuando se establezcan criterios claros para identificar las propiedades biológicas que necesariamente definirían a una clase y que la ubica al mismo tiempo como una clase humana y una clase natural. En este sentido es que se considera necesaria una definición mínima de enfermedad mental que incluya un criterio objetivo de disfunción biológica y un criterio normativo de daño (Wakefield, 1992) a fin de asegurar que las categorías que se postulen como "enfermedades mentales" estén fundamentadas, al menos, en virtud de estos dos criterios, excluyendo aquellas condiciones que sólo obedezcan a criterios normativos, por ejemplo, ser disruptivas o causar sufrimiento. A partir del establecimiento de estos dos criterios objetivo y normativo, sostendré junto con Wakefield (1992), que es posible reorganizar un sistema de clasificación que distinga –verdaderas enfermedades mentales” de otra clase de condiciones que bien pueden explicarse y atenderse desde otros ámbitos disciplinarios que no son médicos y/o biológicos.

Siguiendo la propuesta de Wakefield sobre la definición de enfermedad mental como disfunción (biológica) que causa un daño, y que suscribimos con algunas modificaciones, sostendremos que es posible preguntarse si las categorías psiquiátricas que cumplen los dos criterios, objetivo y normativo, podrían ser buenos candidatos a clases naturales. En nuestra

opinión, si tales categorías hacen referencia a un conjunto de propiedades (disfunciones sistémicas cognitivas y/o neurales) que se observan agrupadas de manera relativamente estable, y a partir de las cuales es posible hacer inferencias inductivas legítimas y dar explicaciones, entonces podemos afirmar que sí constituyen clases naturales, pero no en un sentido esencialista ni en un sentido estrictamente realista, sino como categorías que organizan el conocimiento suficientemente bien fundamentado sobre los patrones sistémicos que se configuran cuando tienen lugar ciertas disfunciones cognitivas y/o neurales. La postura de clases naturales que suscribo aquí, es una postura deflacionaria, en el sentido en que estas son producto de prácticas de individuación y clasificación de las ciencias especiales más no una revelación de "la estructura causal del mundo". Es decir, si bien no sostengo que la delimitación de clases naturales obedece a un entramado único de la naturaleza, considero sin embargo, que si obedece a propiedades de las cosas que pueden o no hacerse presentes a la observación, dependiendo de la teoría, los conceptos y los métodos que tanto los científicos como otras comunidades epistémicas utilizan para representar y organizar el conocimiento para su comprensión y manipulación.

Se piensa que los trastornos mentales no son buenos candidatos a clases naturales pues estos sólo conocemos bien su "aparición clínica", pero no se conocen o no se tiene suficiente conocimiento sobre los mecanismos genéticos y/o neurales que confirmen o avalen su origen y naturaleza biológica, ni sobre los principios generales a los que se someten tales mecanismos y sobre los cuales se podrían hacer inferencias exitosas. Si bien suele creerse que algunos trastornos mentales tienen un origen genético, o son resultado de alguna disfunción neuro-cerebral, la imposibilidad para identificar síntomas a mecanismos neurobiológicos estables, hace suponer que estos no son buenos candidatos a clases naturales.

No obstante, como lo muestran los estudios de corte sociológico y filosófico de Waters (2017), Weber (2014) o Woody (2014) sobre las prácticas de individuación y clasificación asociadas a conceptos como *gen*, *especie* o *agua*, éstos tampoco poseen propiedades perfectamente estables o inmutables. De acuerdo con ciertos estudios sobre las prácticas de individuación y fijación de una clase, éstas dependen no sólo de criterios o valores

epistémicos sino también de condiciones contextuales en las que se desarrollan las ciencias especiales.

El desarrollo de este trabajo de investigación doctoral busca desarrollar una narrativa propia acerca de los contextos, los recursos y las estrategias que la psiquiatría ha utilizado para contar con un sistema de clasificación de las enfermedades mentales que le permita organizar el conocimiento de la disciplina.

A continuación se exponen de manera sucinta la estructura y el capitulado de la tesis.

Estructura de la tesis

En este trabajo se discuten los *criterios* que han guiado la elaboración de los principales *sistemas de clasificación* de los *trastornos mentales* en la última mitad del siglo XX y principios del siglo XXI, así como los supuestos causales que están detrás de buena parte del trabajo encaminado a validar las categorías psiquiátricas. Para la consecución de tal propósito me centro, fundamentalmente, en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM) elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y en el *Proyecto de Investigación por Criterios de Dominio* (RDoC, por sus siglas en inglés) propuesto por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés). El primero, el DSM, a partir de su tercera edición (DSM-III) en 1982, echó a andar una estrategia descriptiva de clasificación a fin de reconstruir el aparato clasificatorio de la psiquiatría, eludiendo de manera explícita cualquier hipótesis sobre la etiología de los trastornos mentales. Por el contrario, el RDoC, apenas iniciado en 2008, se planteó desde el inicio como un gran proyecto de investigación que busca explicar las causas de los trastornos mentales y clasificarlos en virtud de los factores genéticos; reconociendo la relevancia de la interacción entre los procesos de desarrollo, la genética y el medio, como factores determinantes en los cambios y alteraciones que puede sufrir el cerebro y la conducta.

A fin de entender los supuestos epistemológicos que anteceden a estos dos importantes proyectos clasificatorios que han dominado la práctica clínica y la investigación en psiquiatría durante los últimos 40 años, en el primer capítulo se presenta una breve historia

del surgimiento de la psiquiatría como disciplina médica en el siglo XIX así como los principales proyectos clasificatorios que comenzaron a desarrollarse en aquella época. En el segundo capítulo se abordan algunos conceptos importantes asociados con la empresa clasificatoria. A saber, los *conceptos de enfermedad y enfermedad mental*, los cuales comenzaron a discutirse durante la segunda mitad del siglo XX por algunos psiquiatras, médicos y filósofos –Thomas Szasz (1961), Christopher Boorse (1975), Lawrie Rezneck (1987) y John Scadding (1988), Jerome Wakefield (1992) y Rachel Cooper (2005)-, con el objetivo de establecer criterios objetivos y/o normativos que permitieran demarcar las enfermedades mentales de otras condiciones médicamente tratables.

De todas las definiciones discutidas retomamos, para un análisis más extenso, la propuesta por Jerome Wakefield quien define enfermedad mental bajo un criterio objetivo y uno normativo, como “disfunción que daña”. Vinculado con este planteamiento, surge en el escenario la noción de “disfunción” con el fin de enmarcar la clase de procesos o estados del organismo que, en un sentido biológico, se consideran enfermos. Wakefield apoya sus argumentos sobre la pertinencia de su propuesta utilizando la teoría etiológica de funciones biológicas. Así, y con el objeto de discutir las limitaciones que presenta esta teoría en el contexto de la clasificación de enfermedades mentales, en el tercer capítulo se presenta, en extenso, la *teoría etiológica de funciones* de Ruth Millikan (1989). En este mismo capítulo se dan argumentos para descartar la noción de funciones propias de Millikan por el costo epistemológico que demanda el proyecto de establecer un mapa de los mecanismos mentales que fueron seleccionados en virtud de una ventaja adaptativa conferida a los miembros de nuestra especie en un tiempo ancestral.

En su lugar, en el cuarto capítulo sugiero tomar como marco teórico el *análisis sistémico de funciones* de Robert Cummins (1975), por considerarlo un enfoque más apropiado para hablar de disfunciones en el contexto de la psiquiatría; fundamentalmente, porque el análisis sistémico ha sido una estrategia heurística de gran valor epistémico en la psicología cognitiva y las neurociencias, a partir del cual ha sido posible individuar y postular mecanismos cognitivos y/o neurales. La propuesta es tomar como referencia los mecanismos funcionales postulados por disciplinas como la psicología cognitiva y las

neurociencias e identificar aquellos que han sufrido una significativa respecto a su función normal, y a partir de esto clasificar los trastornos mentales.

Los trastornos mentales son fenómenos psicológicos complejos que involucran, en la mayoría de los casos, más de un mecanismo funcional alterado (cognitivo y/o neural). Además, la expresión de un mismo diagnóstico puede variar de manera importante de un paciente a otro, en virtud de diversos factores biológicos y contextuales. A fin de enmarcar estas dos propiedades de los trastornos mentales (el agrupamiento de varios mecanismos disfuncionales y la variabilidad en su expresión) en el contexto de su categorización dentro de un sistema de clasificación, en el cuarto capítulo se introduce también la teoría de clases naturales como *enjambres de propiedades homeostáticas* de Richard Boyd (1999). La virtud de esta teoría reside, básicamente, es su interés por capturar la variabilidad observada en algunos tipos de fenómenos biológicos, tanto al nivel de su expresión fenoménica como de sus estructuras causales.

En suma, el análisis sistémico de funciones y la teoría de clases naturales como enjambres de propiedades homeostáticas permiten configurar un marco teórico que sirve de base para sugerir una *estrategia de clasificación funcional* que se distinga (como se expone en el quinto capítulo) de la *estrategia descriptiva* del DSM y de la *estrategia etiológica* del RDoC. Proponemos, pues, que esta estrategia funcional es una estrategia intermedia entre la estrategia descriptiva y la estrategia etiológica, y que puede contribuir a superar uno de los mayores retos de la empresa clasificatoria en psiquiatría, a saber, la postulación de categorías psiquiátricas válidas.

CAPÍTULO 1.-

El contexto de las prácticas psiquiátricas en las que se forjan los criterios de clasificación en el siglo XIX en Europa

Resumen y objetivos del capítulo

En este primer capítulo presento, de manera sucinta, algunos elementos de la historia del nacimiento de la psiquiatría como disciplina médica durante el siglo XIX con el objeto de explicitar las condiciones materiales y prácticas bajo las cuales se fueron forjando conceptos, modelos y métodos para el estudio y clasificación de las enfermedades mentales. Lo que más me interesa resaltar a través de este breve relato son las necesidades de administración, organización, tratamiento e, incluso, de diseño arquitectónico que fueron surgiendo en los asilos para alienados durante el siglo XIX y que en buena medida dieron forma y dirección a la naciente disciplina médica.

Veremos cómo la propia noción de *locura*, la cual cambia entre finales del siglo XVIII y principios del XIX, es fundamental para reorientar el tratamiento de esta incomprensible condición. En la medida en que se cree posible rescatar la humanidad y la razón todavía existentes en el loco o alienado, es que las normas, las prácticas, los conceptos y las teorías sobre las facultades mentales van convergiendo hacia un enfoque médico, estadístico y científico.

El surgimiento de criterios para poder ordenar *lo observado* fue primordial. A saber, valiéndose de los métodos clínicos de la medicina los médicos en los asilos aprendieron a ser psiquiatras; por un lado, por la necesidad de atender las enfermedades físicas, las infecciones y demás, y por el otro, por la necesidad de organizar en diferentes espacios a grupos de asilados, de acuerdo con su peligrosidad, pasividad, cronicidad, deterioro, etcétera. A mediados del siglo XIX, con el mayor involucramiento de la disciplina médica en el tratamiento de los alienados, se involucraron también los neurocientíficos quienes utilizando métodos como la anatomopatología en las disecciones *post mortem*, buscaban las posibles lesiones cerebrales que pudieran haber causado los síntomas clínicos. Las teorías

causales también comenzaron a barajarse como resultado de los éxitos explicativos, por ejemplo, en relación con la neurosífilis y el bacilo causa de ésta. O las teorías sobre la herencia de las enfermedades. Es así que, a la par de los asilos, en la segunda parte del siglo XIX, en los hospitales y universidades comienza a desarrollarse una psiquiatría biológica, a diferencia de la psiquiatría moral de los asilos.

Los asilos, hospitales y universidades configuran un panorama en el que la necesidad de clasificar no se deja esperar, no sólo como una necesidad práctica para diseñar terapias apropiadas sino como una necesidad estadística y científica. En este sentido llama la atención como van apareciendo criterios de clasificación que, o bien surgen en el contexto de las prácticas, o son retomados de otras disciplinas médicas. Veremos algunas de las dificultades o limitaciones de estos criterios y, como frente a las limitaciones, algunos de estos criterios trascienden el siglo XIX e, incluso, el siglo XX.

En el contexto global del presente trabajo, este primer capítulo permite enmarcar los retos a los que se enfrenta la psiquiatría al abordar un tipo de fenómenos difíciles de explicar y comprender bajo cierta concepción acerca de la causalidad que dominó la medicina del siglo XIX y que como se analiza en el quinto capítulo, prevaleció durante todo el siglo XX. Tener un contexto histórico de la disciplina psiquiátrica y de las diferentes circunstancias sociales, políticas y científicas en las que surge, sin duda alguna aportará luz al análisis que se desarrolla a continuación, sobre todo en el quinto capítulo.

1.1. El nacimiento de la psiquiatría en los asilos del siglo XIX

1.1.1. El alienismo y el tratamiento moral en los asilos

El siglo XIX fue un periodo fundacional para la psiquiatría. Esta sub-disciplina de la medicina comenzó a desarrollarse fundamentalmente de la mano del tratamiento moral de la locura o alienación mental. El tratamiento moral fue un modelo terapéutico resultado de un cambio de perspectiva y de actitud hacia la locura, misma que paulatinamente dejó de verse como una condición demoníaca/divina y, por lo tanto, constitutiva de quienes la padecían, para comenzar a verse como una limitación o problema de la razón, el entendimiento, la voluntad y los afectos. Esta nueva concepción de la locura conllevó la

idea de cura posible, entretejiéndose en torno de la misma lo que los historiadores llaman una filosofía alienista, un pensamiento heredero del humanismo y del racionalismo científico que se propone rescatar el resto de razón que pudiera prevalecer en el loco.

Si bien el pensamiento alienista vislumbró la locura como una condición originada en el cuerpo, como ya venía haciéndose antes, su interés se centró en sus efectos sobre la vida psíquica de quienes la padecen y, en ese sentido, buscó tratarla en el contexto de un modelo psicológico y moral. A la par de este nuevo modelo, se inició un proceso de transformación de los espacios asilares que hasta entonces habían funcionado como establecimientos de “confinamiento” y cuidado, para convertirse paulatinamente en instituciones con un fin terapéutico de las diferentes afecciones mentales.

A la par del desarrollo del *alienismo*¹ en los asilos, donde se atendía a los pobres, durante los primeros tres tercios del siglo XIX, el confinamiento de los locos tuvo lugar también en clínicas donde se internaba a los más favorecidos. Mientras que los asilos fueron el tipo de instituciones en las que se practicó y desarrolló el tratamiento moral, la práctica privada en las clínicas, guiada por la teoría humoral², siguió utilizando métodos de cura como la hidroterapia, electroterapia y otras terapias físicas como las sangrías. El modelo terapéutico del tratamiento moral, en cambio, buscó restituir a través del diálogo y el trato empático los restos de razón que había en los pacientes enfermos.

Un cambio importante que deviene de la mano del nuevo modelo de los asilos y el tratamiento moral es la administración de estas instituciones por parte de médicos, ya no por parte de legos³. Un personaje central y fundacional de esta nueva época de la psiquiatría

¹ Germán E. Berrios en su artículo “Los psiquiatras británicos y su formación”, utiliza el término “alienista” para referirse a los médicos dedicados de tiempo completo —acuidar enfermos mentales en el contexto de una institución mental y que tiene a su disposición un lenguaje descriptivo y unas técnicas de tratamiento cuya naturaleza y valor son, de alguna manera, compartidas por un grupo paritario” (Pp.50).

² La teoría de los cuatro humores fue una teoría acerca del cuerpo humano adoptada por los filósofos y físicos de las antiguas civilizaciones griega y romana. Desde Hipócrates, fue el punto de vista más común sobre el funcionamiento del cuerpo humano. Según esta teoría, el cuerpo está lleno de cuatro sustancias básicas llamadas humores (líquidos) y cuyo equilibrio indica el estado de salud de la persona. Así, todas las enfermedades y discapacidades son resultado de un exceso o un déficit de alguno de los cuatro humores: bilis negra, bilis, flema y sangre; y se identifica el exceso o déficit puesto que cada humor está asociado con una estación, elementos, órgano, cualidad, o temperamento.

³ Es preciso mencionar que previo al modelo asilar, lo que imperaba era un modelo piadoso en el que había hospicios administrados por la iglesia o la comunidad, y en los que sólo se proveía de un espacio a los marginales para subsistir, pero en los cuales lo que recibían eran malos tratos.

fue Philippe Pinel (1745-1826), director médico del Asilo de La Bicêtre y director de La Salpêtrière en París. Una acción fundacional que suele atribuirse a Pinel es haber liberado a los locos de las cadenas con las que se les tenían controlados y confinados. No obstante, en Italia Vincenzo Chiarugi (1759–1820), director del hospital de Santa Dorotea en Florencia, llevó a cabo la misma acción. Una consecuencia importante de la administración de los asilos por parte de médicos, es que ello llevó a que se siguieran prácticas similares a las que se seguían en los hospitales que atendían enfermedades físicas, a saber, la elaboración de fichas o historiales médicos de los pacientes. Este modelo médico que comenzó a llevarse en los asilos de alienados es importante pues permitió comenzar a sistematizar aquello que se presentaba a la observación. En este sentido, el modelo asilar y la terapia moral que vienen avanzando desde finales del siglo XVIII hacia el siglo XIX, se constituyeron en un binomio que permitió grandes oportunidades a la investigación y clasificación de las enfermedades mentales.

El auge taxonómico que imperaba en la medicina y en las ciencias naturales, así como la necesidad de definir el ámbito de competencia de la psiquiatría para poder manejar y curar en los asilos, fueron motores importantes en la tarea descriptiva y clasificatoria. La institución asilar proveyó las condiciones para llevar a cabo una observación sistemática de los pacientes y sus peculiares condiciones, entre otras cosas porque a medida que las poblaciones de asilados crecían, fue indispensable hacer una mejor distribución de los espacios de acuerdo con el tipo de padecimiento. Por ejemplo, había que separar a los más agitados de los que no lo estaban. En aquel momento algunas de las clasificaciones que imperaban incluían categorías como manía, melancolía, histeria, hipocondría, entre otras. Por ejemplo, Pinel, en su Tratado de la locura, incluyó las categorías de manía, melancolía, idiocia y demencia.

Los factores que permitieron estos cambios en las prácticas al interior de los asilos fueron las leyes que se dictaron, por ejemplo, en Francia y que, por un lado, obligaron a los gobierno a proveer de espacios y recursos (humanos y materiales) para el cuidado y tratamiento de los “insanos”. Bajo esta lógica se creó el Hospital General y se reglamentó la inclusión de un cuerpo médico para dirigir y administrar los asilos (Shorter, 1997: 4). Por su parte, en Inglaterra se aprobó, en 1744, un Acta del Parlamento donde se estableció que

«los lunáticos debían ser separados, encerrados y –eurados”» (Berrios, 1993:50); y en 1828 se introdujo –por ley a los médicos en los asilos, disponiendo que todas las instituciones con más de 100 internos debían tener un director médico residente” (Berrios, 1993:50).

La inclusión de los cuerpos médicos en la nueva institución hospitalaria/asilar tendrá como propósito no sólo el cuidado de la salud física de los asilados sino, como ya mencionamos, la observación, sistematización y clasificación de sus condiciones mentales, así como la puesta en práctica de una comprensión terapéutica que, en su fundamento, concibe el medioambiente como un factor determinante para el restablecimiento de los alienados⁴. En este sentido, el internamiento del sujeto y su aislamiento respecto de la familia y la sociedad supondrán en sí mismos una medida terapéutica. A partir de esta concepción, los asilos comienzan a diseñarse con una estructura arquitectónica y funcional que, en teoría, debía recrear la vida en sociedad, con espacios asignados para la ocupación, el ejercicio y la recreación de sus asilados.

Parte de la nueva tendencia clasificatoria se observa en un proceso que Shorter (2005) llama la –re-territorialización” de las poblaciones marginales. Un proceso en el que las poblaciones de –marginados” comienzan a distribuirse entre los asilos para los enfermos mentales y otras instituciones para mendigos y criminales. Esta re-territorialización tiene lugar como consecuencia de la urbanización de las sociedades europeas y el aumento de las personas que quedaban al margen de las nuevas formas de producción y sin poder encontrar un lugar en el nuevo orden social y económico. El alcoholismo, por ejemplo, fue un factor determinante en el incremento de los enfermos debido, sobre todo, al abaratamiento del alcohol en el siglo XIX (Shorter, 2005:4).

Otro elemento importante en este contexto en el que se desarrolla la psiquiatría del siglo XIX, y que se suma a la retórica de la Ilustración, al capitalismo y a las responsabilidades que asume el estado central, es el estilo científico de la época reflejado en una mayor difusión de las ideas a través de la traducción de libros y el intercambio de médicos entre países, lo que posibilitó una mayor expansión e intercambio de conocimiento (Shorter,

⁴ La introducción de los médicos en los asilos desencadenó un proceso que dio lugar a una nueva profesión, la del psiquiatra cuyo objeto de estudio y práctica terapéutica es el tratamiento de las enfermedades mentales (Berrios. G., 1993:51).

1997:9). El alienismo, en este contexto, buscará con gran interés el sustrato anatomopatológico de la enfermedad mental o, en su defecto, configurar al menos un escenario clasificatorio que permita discernir unas entidades mórbidas de otras.

1.1.2. El fracaso del proyecto asilar y el tratamiento moral

Mientras las clínicas privadas mantenían un equilibrio en el ingreso de su población, los asilos tuvieron un aumento exponencial que dislocó los objetivos terapéuticos de estas instituciones. Al iniciar 1800 solo un puñado de individuos estaban confinados en los asilos (se contaban por docenas o por debajo de los cien). No obstante, entrado el siglo estos números aumentaron exponencialmente y para 1900 había tan sólo en los Estados Unidos 150,000 pacientes en los hospitales para enfermos mentales, número que correspondía a una tasa de 2 por cada mil habitantes. Alrededor de 1891, Francia tenía 108 asilos; la Europa Germana contaba con aproximadamente 202 asilos públicos y 200 instituciones privadas además de varias instituciones para alcohólicos, adictos a la morfina, epilépticos y personas con retraso mental. Inglaterra, por su parte, si bien tenía cifras mucho menores, tan solo 16 asilos, los pacientes confinados en estos aumentaron a más del doble entre 1827 a 1909. Aquello que comenzó como un buen proyecto en el que se pretendía atender a los enfermos de acuerdo con su condición, sistematizar cada una de éstas de acuerdo con sus síntomas, curso y pronóstico, pronto se tornó difícil de seguir dado el aumento de la población en las instituciones asilares. (Shorter, 1997)

La sobreocupación de los asilos transformó el proyecto de los alienistas en una experiencia de horror, pues se perdió el control sobre el tratamiento de los asilados y sobre las condiciones de vida al interior de los asilos. Además de aquellos que se quedaron al margen del nuevo orden económico y social, como ya mencionamos, otro elemento que jugó un papel importante, según apunta Shorter (1997), fue la idea de la filosofía alienista que suponía que la mejoría de los alienados comenzaba una vez que estos se separaban de la familia. Esto propició que se hiciera práctica común de las familias⁵, dejar en los asilos no

⁵ Wilhem Svetlin, dueño de una clínica psiquiátrica para la clase alta a finales del siglo XIX en Viena, tenía por costumbre preguntarle a las familias sobre la duración de la enfermedad de los pacientes antes de ser admitidos: un tercio de las familias (36%) había esperado medio o un año antes de traer a sus familiares a la

sólo a los sujetos enfermos sino también a aquellos que no se adaptaban a las exigencias de la naciente sociedad industrial. En algún sentido, la tolerancia ante los síntomas de las enfermedades mentales se redujo dentro de la estructura familiar al contar con una opción terapéutica más benevolente que se podía hacer cargo de sus enfermos, pero también como consecuencia del nuevo orden productivo que transformó el clima sentimental de las familias y donde el enfermo ya no tenía cabida ni física, ni estructural, ni emocionalmente (Shorter, 2005: 51).

También es un hecho que la prevalencia de ciertas enfermedades aumentó durante el siglo XIX. La neurosífilis, por ejemplo, enfermedad con una serie de síntomas psiquiátricos en las etapas avanzadas de la sífilis, incrementó considerablemente hasta el punto de ser nombrada como la enfermedad del siglo. Otro tipo de padecimientos que provocó el incremento de personas recluidas en los asilos, fueron las afecciones causadas por el consumo de alcohol⁶, como las alucinaciones, psicosis o *dellirium tremens*, todos ellos síntomas causados por el consumo excesivo crónico, o bien como consecuencia de la abstinencia. La neurosífilis y los trastornos asociados al consumo de alcohol, representaban solo una fracción de los casos de admisión en los asilos; una gran parte de los pacientes que se recibían tenían diagnósticos, que en retrospectiva, eran menos claros, por ejemplo casos de epilepsia, histeria y esquizofrenia. (Shorter, 1997:61)

Una postura dominante, heredera del pensamiento de Michel Foucault, explica el incremento de la población en asilos como resultado de la creciente intolerancia por parte de la sociedad moderna e ilustrada hacia los sujetos desviados. Concibe, además, la creación de los asilos como una medida implementada desde el estado para institucionalizar

clínica a causa de síntomas de melancolía; otro 18% de los pacientes melancólicos, fue ingresado a un mes del comienzo del padecimiento. En el caso de 16 pacientes con paranoia, ninguna familia actuó antes de los tres meses, a diferencia de 22 pacientes con manía, un desorden que los mantenía inquietos día y noche; 68% de estos fueron llevados en menos de un mes después de la aparición de los síntomas. Esto significa que entre 1870 y 1880 dos tercios de las familias privilegiadas de Viena habían llevaron a sus familiares al asilo, por lo menos hacia el mes de aparición de síntomas maniacos -silbidos, aplausos, cantos, gritos y conductas destructivas- (Shorter, 2005:51).

⁶ El incremento de pacientes asilados por causa de los síntomas asociados al consumo de alcohol se debe, principalmente, a que durante el siglo XIX la producción de bebidas alcohólicas y su consumo aumentó hasta el doble con respecto al siglo anterior. Por un lado, con la industrialización tuvo lugar un incremento en los estándares de vida y un decremento en los costos de producción del alcohol. En Francia por ejemplo, comenzó a beberse vino de manera cotidiana con las comidas, mientras que en Alemania los artesanos solían tener a la mano una botella de cualquier bebida. (Shorter, 2005: 60)

el control social (Foucault, 1967:82). A contracorriente de esta concepción histórica de los espacios asilares como espacios de confinamiento y control social, de acuerdo con Shorter (1997, 2005), varios fueron los factores que llevaron a la sobrepoblación de las instituciones asilares y al fracaso del tratamiento moral. Si bien es cierto que la hipótesis de Foucault y de Shorter sobre los asilos parecen opuestas, es posible matizar esta oposición sugiriendo que cada una refleja un aspecto distinto, un parcela, de los múltiples elementos que confluyeron en un periodo de tiempo en el que tuvieron lugar una gran cantidad de cambios en todos los órdenes, social, político, económico, familiar, etcétera. Adicionalmente, podríamos mencionar que muy probablemente Foucault se centra con mayor fuerza en el clima político y en las prácticas de control social que reflejan muy bien la Francia de cierto periodo histórico, mientras que Shorter hace una lectura más panorámica de lo que sucede en Europa y en los Estados Unidos en relación con la psiquiatría y los espacios institucionales en los que ésta se desarrolló.

Lo que es importante resaltar de lo expuesto hasta aquí, es el escenario (institucional, ideológico, legal, social) en el que tendrán lugar las diferentes prácticas de individuación y clasificación de los trastornos mentales, a fin de entender, por ejemplo, el origen o las motivaciones de los criterios que van surgiendo y apuntalándose poco a poco.

1.2. La psiquiatría en hospitales y universidades. Un enfoque biológico de las enfermedades mentales

Al agotarse el modelo alienista⁷, al menos en su versión relativa al tratamiento moral, comenzó a imponerse, hacia mediados del siglo XIX, la psiquiatría biológica, heredera de la medicina organicista que *busca la localización somática de las enfermedades*. Esta —primera psiquiatría biológica” (Shorter, 1997), u organicista, se desarrolló entre la segunda mitad del siglo XIX hasta el primer tercio del siglo XX, antes de que el psicoanálisis

⁷ El periodo conocido como Alienismo abarca, según los diferentes textos revisados, desde finales del siglo XVIII hasta inicios del siglo XX y se caracteriza no sólo por el tratamiento moral iniciado por Pinel, Chiarugui y otros, sino también por lo que Shorter (1997) llama la —primera psiquiatría biológica”. Al menos eso puede deducirse de la *Nueva Historia de la Psiquiatría* coordinada por Postel y Quérel (2000), obra en la que varios de los capítulos se da el nombre de *alienistas* a todos aquellos que participaron, desde un enfoque moral, clínico u organicista, en el cuidado o en la investigación de las enfermedades mentales.

dominara durante casi 40 años el pensamiento psiquiátrico. La característica de este periodo de la psiquiatría se centra en el papel que juega la neuropatología, la neurofisiología y la genética en la etiología y en la terapéutica de las enfermedades mentales. Aunque durante el siglo XIX una buena parte de la práctica psiquiátrica tiene lugar en los asilos, la descripción y/o explicación de las enfermedades mentales comienza darse en las universidades e institutos. (Shorter, 1997:69)

La convicción de que las enfermedades mentales poseen una base orgánica es previa a la primera psiquiatría biológica y tiene antecedentes en la teoría humoral y la medicina de la antigüedad. Dicha concepción no estaba ausente entre los alienistas quienes mantenían también esta convicción. Sin embargo, lo que caracteriza este periodo es el inicio de la investigación sistemática de la relación entre los síntomas observados en los pacientes y las lesiones en el cerebro. Dicha relación se había supuesto con base en la disección de cerebros *post mortem* y la prueba de fármacos en animales. Esta manera de proceder de la psiquiatría fue parte de una corriente más amplia dentro de la medicina que utilizó el método clínico-patológico. Vemos así que la psiquiatría dejó de conformarse con aceptar como un acto de fe la relación cerebro dañado-mente enferma, buscando validar dicha relación a través de una aproximación biomédica a la locura. (Shorter, 1997:70)

Alemania fue uno de los principales semilleros de psiquiatras que impulsaron el desarrollo de una psiquiatría biológica. Wilhem Griesinger (1817-1868), considerado por varios autores como el fundador de esta nueva forma de concebir la psiquiatría basada en una concepción orgánica de las enfermedades mentales, fue de los primeros en sostener que los pacientes con enfermedades mentales eran individuos con una enfermedad de los nervios y el cerebro (Shorter, 1997:76). En 1843, Griesinger escribió un artículo sobre “actos reflejos psíquicos” en el que se perfila un escenario para ver el cerebro desde un punto de vista fisiológico y no sólo anatómico, perspectiva que será bien explorada durante el siglo XX en el contexto de las investigaciones en psicofarmacología.

En Austria, Theodor Meynert (1833-1892) fue otro representante importante de la psiquiatría biológica. Desde el inicio de su carrera como médico y patólogo, llamó a una reorientación de la psiquiatría para que más allá de preocuparse por etiquetar síntomas, se

buscara conocer y entender los orígenes anatómicos que subyacen a las enfermedades mentales. En 1890 escribió:

–El estudio de la anatomía humana en su forma contemporánea, ha pasado de ser una ciencia solamente descriptiva hacia algo mayor, hacia una forma de conocimiento que busca explicar [...] Cuanto más la psiquiatría busca y encuentra su base científica en un profundo y refinado entendimiento de la estructura anatómica (del cerebro), cuanto más se eleva a si misma al status de ciencia que tiene que ver con las causas.” (Shorter, 1997:77)

Aunque en términos de explicaciones concretas sobre los padecimientos mentales, la investigación en neuroanatomía y neurofisiología no dio grandes resultados en aquel momento, los avances en este ámbito impulsaron el desarrollo de la primera psiquiatría biológica. Si en el modelo de los alienistas la escucha del paciente era importante, una peculiaridad de los psiquiatras orientados a la investigación de las bases neuroanatómicas y neurofisiológicas de los trastornos mentales fue el poco o nulo interés en los pacientes y en el trabajo en la psiquiatría clínica. Algunos de ellos, como Theodor Meynert (1833-1892), consideraban que los pacientes con enfermedades mentales estaban más allá de cualquier ayuda (Shorter, 1997: 77), por lo tanto, lo realmente importante era entender y aportar explicaciones universales sobre lo que había de particular en el cerebro de los enfermos. Desde 1880, en las universidades de Alemania, Austria y Suiza, hubo una fiebre por estudiar las enfermedades mentales desde el microscopio.

Dentro de la corriente biologicista de la psiquiatría se observaron enfoques distintos. Por ejemplo, Carl Wernicke (1848-1905), discípulo de Meynert y uno de los representantes más importantes y ambiciosos de la psiquiatría, desarrolló su trabajo en la sala de disecciones, buscando localizar las enfermedades mentales en el cerebro. Para ambos, su aproximación se ha considerado como un –enfoque transversal” que buscaba la relación entre síntomas y lesiones cerebrales en las exploraciones *postmortem*. Un descubrimiento que se convirtió en un hito de este enfoque fue la relación entre accidentes cerebro-vasculares y la incapacidad para comprender el lenguaje hablado, así como el uso de un vocabulario incomprensible, lo que hoy se conoce como –área de Wernicke” y su lesión correspondiente como –afasia de Wernicke”.

En contraste con este enfoque transversal, Kalbahum y Kraepelin establecieron el “enfoque longitudinal” orientado a identificar el desarrollo de la enfermedad a través de la observación clínica de los síntomas (Postel y Quérel, 2000: 429). Si bien este enfoque longitudinal se centra en los síntomas de los pacientes, esto no implicó que se les otorgara algún significado como lo suponía Freud por la misma época. Para Kalbahum y Kraepelin, los síntomas eran relevantes solo como signos de alguna lesión o patología en el cerebro, y se esperaba que la observación del curso, evolución y pronóstico de los síntomas revelara algo sobre los procesos patológicos en el cerebro y en el organismo en su conjunto.

Mientras en Alemania la psiquiatría se desarrolló principalmente en las universidades, centrándose en la anatomopatología de las enfermedades mentales, en Francia las cosas fueron distintas con figuras como Pinel, Esquirol, Bayle, Morel, Magnan y Charcot (1825-1893), entre otros, quienes tuvieron poco interés en la investigación de los tejidos cerebrales. Es posible que la falta de interés en el enfoque anatomopatológico fuese consecuencia del desarrollo de la psiquiatría dentro de los asilos más que en las universidades. Quizás por ello, el carácter de las investigaciones fue más bien “clínico y etiológico” a través de la observación y descripción de los síntomas y la postulación de hipótesis sobre las posibles causas biológicas y neurológicas (Shorter, 1997: 81-82).

En el contexto francés, en el cual se intentan entender los síntomas y sus causas, se desarrolló, asimismo, el “enfoque hereditario”. Este enfoque tiene su origen con Bénédic-August Morel (1809-1873) y Valentin Magnan (1835-1916), ambos representantes de la “teoría degeneracionista”. La propuesta básica de esta teoría fue identificar las “causas primeras” de las lesiones nerviosas que subyacían a las enfermedades mentales. El proyecto teórico de Morel se proponía establecer una teoría etiológica global a partir de dos conceptos básicos: desviación malsana y transformación. Tanto la transformación como la desviación eran concebidas por Morel como procesos patológicos que le sobrevienen al hombre perfecto hecho a imagen de Dios (Postel y Quérel, 2000: 226). Magnan retomó la teoría degeneracionista de Morel, supliendo el punto de vista religioso de este último por la teoría evolucionista de Darwin.

Así, con base en este marco teórico, Magnan propuso conceptos como “generadores inmediatos” y “lucha hereditaria por la vida” (Postel y Quérel, 2000: 227), a partir de los

cuales buscó caracterizar las condiciones biológicas que predisponían al deterioro de la “lucha hereditaria por la vida”. Dentro de este ámbito de ideas dictó una serie de reglas o criterios para identificar en la evolución de las enfermedades psicóticas distintos elementos: predisposición, desequilibrio, estigmas y síndromes episódicos. Estableció, por ejemplo, que los pacientes que comenzaban con ciertos síntomas de indiferencia o rechazo hacia personas o cosas podían terminar con síntomas de demencia. Según palabras de Shorter, la particular manera de Magnan de aproximarse a los síntomas se convirtió en una tradición nacional en Francia (Shorter, 1997: 87). Por ejemplo, la idea de *predisposición* fue un criterio ampliamente utilizado en el ámbito jurídico para leer en retrospectiva las actitudes y comportamientos de un sujeto, como signos y síntomas, por ejemplo, de una personalidad criminal. Sobre esta tendencia a hacer una lectura en retrospectiva de la predisposición a la locura, la maldad o la criminalidad, Foucault hace un análisis en el texto *Los Anormales*⁸.

Cabe mencionar que el concepto de “degeneración” fue introducido inicialmente en un sentido ontogenético, es decir, en términos de una desviación del proceso de desarrollo de un organismo en su entorno, lo que explicaba porque algunas condiciones psiquiátricas evolucionaban hacia el deterioro cada vez mayor. Posteriormente el término “degeneración” fue asimilado por la psiquiatría de finales del XIX y principios del XX en un sentido filogenético, bajo la idea de que las enfermedades mentales se transmitían de generación en generación expandiéndose a la población en su conjunto. En Europa, las ideas degeneracionistas se vieron reforzadas por el incremento creciente de enfermedades como la parálisis general, la epilepsia, el alcoholismo, así como por otros problemas de orden social como el suicidio y el crimen. Ante estos eventos, Morel y otros se interesaron por investigar las “fuerzas naturales” que estaban perfilando el destino de la condición humana, introduciendo la hipótesis de que las enfermedades mentales eran condiciones hereditarias. La teoría degeneracionista adquirió así una doble perspectiva, por un lado, una

⁸ En el texto, *Los Anormales*, un compendio de clases dictadas en el College de France como parte de su cátedra sobre “Historia de los sistemas de pensamiento”, Michel Foucault (2002) desarrolla su teoría sobre la anomalía y los anormales. En ésta, en términos muy generales, plantea la construcción de la anormalidad como resultado de la convergencia de un conjunto de discursos, prácticas, instituciones, instalaciones, leyes, medidas administrativas, entre otras, del ámbito psiquiátrico-jurídicas que, en suma, forman parte del dispositivo de la criminalidad. En este texto, Foucault expone algunos casos judiciales documentados en los libros periciales y médicos. A partir de estos documentos el autor pone de relieve las reconstrucciones *ad hoc* sobre las historias personales de los sujetos en las que en retrospectiva se “observa” con claridad la *predisposición* criminal que se asomaba en sus conductas cotidianas, actitudes y relaciones con los otros.

concepción que entendía las enfermedades mentales como condiciones heredadas de padres a hijos, por el otro, como una concepción degenerativa que suponía que las enfermedades heredadas eran cada vez más graves. Por ejemplo, se pensaba que una tuberculosis maternal era susceptible de convertirse en tres o cuatro generaciones, en demencia y esterilidad (Shorter, 1997:95). Este enfoque degeneracionista fue bastante pernicioso, pues fue adoptado en el siglo XX por los regímenes nacionalistas para justificar sus políticas eugenésicas.

Dentro del contexto francés en el que el trabajo se centró en indagar la etiología de los rasgos clínicos de los trastornos mentales, Antoine-Laurent Bayle (1799-1858) realizó una de las contribuciones más importantes a la psiquiatría: atribuir los síntomas psiquiátricos de la neurosífilis a la inflamación crónica de las meninges. Jean-Martin Charcot (1825-1893) realizó algunos descubrimientos en el área de neuropatología relacionando los síntomas clínicos de la esclerosis múltiple con cambios anatómicos (Shorter, 1997:85). Hacia 1870, Charcot postuló la categoría diagnóstica de *histeria*, sosteniendo que era una condición que se transmite genéticamente y se asociaba a cambios en el tejido nervioso. Esta contribución de Charcot es conocida ampliamente, fundamentalmente porque tras su muerte sugieron fuertes cuestionamientos sobre la llamada “gran histeria”, cuestionándose particularmente que esta fuese una enfermedad de causas orgánicas como lo propuso su autor, y en cambio llegó a considerarse que dicha categoría fue sólo un artificio de sugestión que el mismo provocó en sus pacientes.

Por su parte, en el contexto inglés, donde el cuidado de los enfermos mentales dependió de la iniciativa y caridad privada y no de los fondos públicos, no hubo las mismas condiciones para la investigación en el campo de la psiquiatría biológica prevaleciendo, en cambio, la observación y el examen clínico de los trastornos. Adicionalmente, según lo expresó Walter Rivington en un texto de 1879 sobre la profesión médica, *The Medical Profession*, había una gran descentralización de las escuelas, de los claustros de profesores, de los cursos y laboratorios, lo que provocaba, conjuntamente con la falta de fondos, cierta indiferencia hacia la investigación sobre las causas naturales de los trastornos mentales. No obstante que las condiciones en Inglaterra no promovieron la orientación biológica de la psiquiatría, hubo algunos trabajos en esta dirección (Shorter, 1997: 88). Por ejemplo, David Skae

(1814-1873), médico del *Asilo Real de Lunáticos* en Edimburgo, propuso en 1852 una clasificación de los tipos de trastornos mentales tomando como criterio las condiciones o enfermedades físicas a las que estaban asociadas; así, por ejemplo, su clasificación incluía categorías como “manía de masturbación”, “manía de embarazo” y otras similares. Al final, en un documento titulado *A Rational and Practical Classification of Insanity*, publicado en 1863, propuso un total de 25 trastornos mentales. (Shorter, 1997: 88)

Por último, haremos referencia a Adolf Meyer (1866-1950) en Suiza, quien si bien estaba convencido de la relación causal entre los trastornos mentales y los trastornos en los mecanismos del cerebro, no tuvo muchas oportunidades de trabajar en esa relación. En 1892 migró a Estados Unidos donde se encontró con una pobre tradición científica en el campo de la neurología. En ese país inició su labor como patólogo del hospital mental de Kankakee, Illinois, en donde dictó, por un breve periodo de tiempo, una clase de neurología que fue recibida sin mucho entusiasmo. En sustitución de esta materia, Meyer se adaptó a los intereses de la práctica médica local y desarrolló una tradición de observación minuciosa con los pacientes de nuevo ingreso al hospital. Dadas las restricciones que le impuso el contexto médico estadounidense y su incursión progresiva en una tradición clínica antes que científica, Meyer terminó interesándose más por los pacientes vivos que por los estudios *post mortem*, sin alejarse por ello de la idea sobre las bases biológicas de las condiciones psiquiátricas.

Hacia el final del siglo XIX, la psiquiatría biológica que se había enfrentado a varias limitaciones teóricas, metodológicas y tecnológicas, dio paso a una psiquiatría de orientación psicodinámica. Más allá de lo que se descubrió sobre el bacilo causante de la neurosífilis, las hipótesis degeneracionista sobre el carácter hereditario de algunas patologías, o las afasias en el campo de la neurología, no se produjeron mayores hallazgos ni en relación con la etiología psicopatológica, ni con la anatomopatología de las condiciones psiquiátricas. Este lento avance condujo a varios psiquiatras influyentes en su época a dejar de lado la perspectiva neurobiológica de los trastornos mentales para adoptar la perspectiva parte de la responsabilidad de la decadencia de la primera psiquiatría biológica y así como de la fuerza que tomó el *enfoque psicodinámico*. Esto parece ser viraje se dio como consecuencia de los pocos logros que obtuvo en sus investigaciones

sobre las bases biológicas de los trastornos mentales y del mayor interés que mostró en los síntomas y su evolución.

Hasta aquí se ha presentado un panorama general del tipo de instituciones, concepciones y motivaciones que fueron el marco de tratamiento e investigación de las enfermedades mentales durante el siglo XIX. La presentación de este panorama tiene como objetivo hacer visible la variedad de contextos materiales, sociales, políticos y teóricos en el que tuvieron lugar las prácticas de clasificación de la psiquiatría durante ese periodo. A continuación, pretendemos dar un análisis más preciso de los criterios de clasificación que se desarrollaron durante el siglo XIX.

1.3. Prácticas psiquiátricas y criterios de clasificación en el siglo XIX

La concepción acerca de la *locura* como un fenómeno curable y heterogéneo, promovió a lo largo del siglo XIX una variedad de enfoques clasificatorios. Por ejemplo, se elaboraron clasificaciones en función de los *síntomas* asociados con las facultades mentales identificadas hasta el momento, la *evolución* de los síntomas, sus *causas* orgánicas y su *localización* en el cerebro. Al menos cuatro tipos de criterios, o enfoques, se fueron sucediendo a lo largo del siglo XIX: sintomático, evolutivo, etiológico, y anatomopatológico. Esto dio lugar a que se fueran reorganizando las categorías tradicionales de manía, melancolía, idiocia y demencia.

Como vimos, la construcción de asilos, el confinamiento de la población por largo periodos de tiempo y la propia sobrepoblación que tuvo lugar en algún momento, crearon necesidades administrativas, terapéuticas y científicas que llevaron al paulatino desarrollo de una psicopatología descriptiva y a la tradición clasificatoria. Por ejemplo, la convivencia de grandes poblaciones de pacientes hizo necesaria la presencia de médicos que pudieran hacer frente a las enfermedades (principalmente infecciosas), registrar los acontecimientos médicos o establecer las causas de muerte mediante exámenes *post mortem*. La práctica médica en los asilos se estandarizó, dando lugar al desarrollo de un lenguaje y una clínica más propia de la psiquiatría: los médicos de los primeros asilos fueron así obligados a improvisar y a tomar prestado de la medicina general sus métodos clínicos: esta actividad

fue un factor importante en la creación de una semiología de las enfermedades mentales” (Berrios, 2000:43). No olvidemos, así mismo, que las universidades y sus hospitales fueron, desde un enfoque biológico, un contexto privilegiado para el estudio de las enfermedades mentales.

Además de los contextos institucionales y normativos en los que gestaron las condiciones para la reformulación y refinamiento de las categorías psiquiátricas, en el ámbito teórico, el desarrollo de la *psicología de las facultades*⁹ jugó un papel importante para incidir en este ímpetu taxonómico. La psicología de las facultades postuló como su nombre lo indica, una serie de facultades independientes que sirvieron como criterios para discernir unos síntomas de otros, ya fuera porque tales facultades sufrían una exacerbación o un déficit. La *teoría degeneracionista* impulsó la identificación de las *entidades mórbidas* con el objeto de controlarlas, erradicarlas y evitar así la contaminación de la población (Berrios, 2000:379). La *estadística* fue también una herramienta determinante de la psicopatología descriptiva, pues para poder contar con cifras sobre la epidemiología de las enfermedades mentales fue indispensable trabajar rumbo a un lenguaje común. Por último, el uso del *tiempo* como dimensión que permite observar la evolución, persistencia o cese de síntomas, fue posiblemente uno de los factores más innovadores en la empresa clasificatoria del siglo XIX dentro de la psiquiatría (Berrios, 2000: 43).

En suma, el desarrollo de la psicopatología descriptiva y de las clasificaciones que se fueron sucediendo se posibilitó gracias a: i) las necesidades administrativas y las prácticas médicas en los asilos y hospitales; ii) la disponibilidad de teorías psicológicas capaces de sostener descripciones estables; iii) el desarrollo de la estadística como una herramienta descriptiva y cuantitativa y, iv) el uso de la dimensión temporal o evolutiva. En este escenario tuvo lugar el aislamiento de síntomas en “*unidades descriptivas*”, permitiendo lo que Henry Ey llamo la “*dissección de la vida psíquica mórbida*”, y que produjo las

⁹ La psicología de las facultades fue introducida en el siglo XVIII por Christian Wolff, quien propuso que existían ciertos poderes mentales o facultades independientes tales como prestar atención, recordar, percibir, etcétera. Los “*sentimientos*” fueron aceptados como facultad independiente hacia finales del siglo XVIII, pues hasta entonces las pasiones (emociones) estaban reducidas a una sensación (orgánica o no) o a un elemento de vida racional y contemplativa, es decir, se les consideraba como estados pasivos de la mente. (Berrios, 2000:45)

categorías más importantes hacia mediados de siglo (Berrios, 2000:44): melancolía, manía, frenitis, delirium, paranoia, letargia y demencia. La *locura*, en sí misma, dejó de ser el objeto de la psiquiatría, girando el foco de atención hacia la interpretación semántica de los síntomas y la manera en que éstos se agrupan para dar lugar a diferentes diagnósticos.

Tanto Berrios (2008) como Sauri (1969) identifican dos momentos en la clasificación de los trastornos mentales en el siglo XIX, aunque con distintos matices. Estos dos momentos están relacionados con dos de los criterios de clasificación que ya hemos mencionado, el criterio sintomático y el criterio evolutivo. El primer momento, asociado al criterio sintomático, permitió la disección de la vida psíquica mórbida de la que habla Ey, permitiendo aislar unidades y nombrarlas. El segundo momento, se caracteriza por el uso del tiempo como un criterio que permite crear un tipo distinto de categorías de los trastornos mentales. La dimensión temporal permitió organizar entidades más complejas que integraban conjuntos de síntomas de acuerdo con su evolución. El criterio evolutivo, según apunta Jorge Sauri (1969:98), es una postura más crítica frente a los datos obtenidos por la observación. Por ejemplo, muchas categorías propuestas como *especies clínicas* separadas fueron integradas en categorías diagnósticas más complejas en las que se reconocían estadios de la enfermedad.

Aún y cuando Berrios y Sauri hacen hincapié en dos criterios de clasificación, como ya mencionamos, a lo largo del siglo XIX hubo al menos dos criterios más, el etiológico y el anatomopatológico, que de manera individual o mixta fueron utilizados para dar lugar a un sinnúmero de clasificaciones que de manera individual propusieron varios psiquiatras a lo largo y ancho de Europa. Hacia finales del siglo XIX, durante el *I Congreso Internacional de Psiquiatría* celebrado en 1885, la Sociedad Belga de Medicina Mental propuso a varios países elaborar una clasificación internacional de enfermedades mentales con el objeto de sentar las bases de una estadística internacional. Entre los países que acudieron a este congreso y enviaron propuestas estuvieron Gran Bretaña, Alemania, Estados Unidos, Rusia, Suecia, Italia, Dinamarca y una propuesta conjunta por parte de varios países de América del Sur (Brasil, Chile, Perú, Argentina y México). (Caponi, 2012:186)

Entre los aspectos que sobresalen del análisis histórico de Caponi (2012:187), en relación con esta primera clasificación internacional de los trastornos mentales, están el interés de la

psiquiatría que venía desarrollándose durante todo el siglo XIX en asilos, hospitales y universidades, de institucionalizarse y universalizarse como saber y profesión; dos procesos que buscaban una vía de desarrollo a través de un lenguaje común y del uso de estadísticas. Como vimos en los apartados anteriores, durante toda la primera mitad del siglo XIX la disciplina que comenzaba a tomar forma en los espacios asilares centró su atención, principalmente, en administrar esos espacios de la mejor manera y en proponer tratamientos nuevos que apelaran a la psicología de los individuos. Hacia la segunda mitad del siglo, una vez que se determina la necesidad de formar psiquiatras, la disciplina comienza a desarrollarse en las universidades y hospitales, adquiriendo de esta manera una perspectiva más biológica y un mayor interés en la investigación, sumado al interés centrado en el tratamiento clínico. En este proceso de desarrollo de la disciplina, hacia finales del siglo XIX parece necesario integrar los enfoques y teorías que hasta ese momento habían venido sucediéndose y evaluar cuál o cuáles perspectivas eran más promisorias para una clasificación internacional.

En el mismo congreso de 1885 en el que la Sociedad Belga de Medicina Mental lanza la propuesta a varios países de construir una clasificación internacional, también se propone retomar como punto de partida una lista de categorías que, según lo refiere Caponi (2011:80), era una versión modificada de la propuesta de Magnan. Dicha propuesta fue considerada un buen ejemplo pues integraba todos los criterios de clasificación mencionados (sintomático, etiológico, evolutivo y anatomopatológico). La lista, la cual servirá como punto de partida incluía las siguientes categorías: idiotas (imbecilidad, debilidad mental y cretinismo); demencia simple (primitiva o consecutiva); manía y melancolía (demencia consecutiva); delirio agudo o crónico; locura moral; locura circular; alienaciones mentales complicadas por parálisis, epilepsia, histeria, tumores cerebrales; y alienación por intoxicación. (Caponi, 2011:80)

En uno de sus artículos, Caponi (2012) describe el debate que tuvo lugar en Francia, por parte de la Sociedad Médico-Psicológica de París que se reunió en una comisión entre 1888 y 18889 para trabajar en la propuesta que enviarían como país. Entre otras cosas, lo que estaba en el debate era decidirse por un criterio de clasificación o, en su caso, proponer una

clasificación mixta. Como resultado del debate surgen algunos análisis críticos de los criterios que circulaban por entonces.

El criterio sintomático se basaba en las formas clínicas, es decir, aquello que se observa de manera sistemática en las poblaciones de pacientes o asilados. Este criterio de clasificación a partir de los síntomas fue la menos popular, según sostiene Caponi (2011), no obstante, debido a las dificultades que suponían los otros criterios etiológico y anatomopatológico, ésta fue considerada provisionalmente la más viable, tanto en las discusiones que sostuvieron el comité de Francia como en las discusiones de la Sociedad Belga de Medicina Mental que trabajó en la propuesta unificada. De acuerdo con el análisis que elabora Garnier en un artículo publicado en 1889 y titulado *Clasificación de las Enfermedades Mentales*, con motivo de las discusiones que tuvo la comisión francesa, el problema de la clasificación por síntomas era la superficialidad de aquello que se utilizaba como materia para distinguir y clasificar (Caponi, 2011: 77). Garnier consideraba que se corría el riesgo de postular una gran cantidad de categorías, al confundir la variedad de expresiones de un mismo proceso patológico con entidades distintas.

Kraepelin en Alemania, veía al menos dos problemas con la clasificación basada en los síntomas. Por un lado, consideraba que utilizar los síntomas como criterio de clasificación podría provocar que estos se sobrevalorarían, agrupando en una sola categoría todos aquellos que compartieran dicho síntoma. Es decir, contrario a los que señala Garnier sobre el riesgo de pulverizar las categorías, Kraepelin veía el riesgo contrario, agrupar muchas características en una sola. Por ejemplo, para él, con este criterio se corría el riesgo de que todos los estados de ansiedad emocional pudieran ser vistos como melancolía (Caponi y Martínez-Hernández, 2011: 474). Por otro lado, basarse en las conductas puede ser problemático pues éstas pueden ser vistas como síntomas a la luz de ciertos contextos sociales y/o morales, convirtiéndose equivocadamente en indicios de una patología mental. Un ejemplo es la drapetomanía, un síndrome postulado a mediados del siglo XIX en Estados Unidos para clasificar a los esclavos negros que tenían la manía o locura de escapar de la esclavitud, o dicho de otra manera, que tenían una manía por la libertad. Lo mismo pasa con la homosexualidad en el siglo XX, que dejó de serlo hasta que las conductas o decisiones asociadas a esta dejaron de verse como una perversión de la naturaleza.

No olvidemos que Kraepelin, junto con Griesinger, será uno de los psiquiatras más influyentes en el desarrollo de lo que se conoce como la primera psiquiatría biológica, y esto redundaba en que para él los síntomas serán relevantes en tanto que expresión visible o signo de un proceso patológico subyacente, y que era lo que en última instancia consideraba relevante investigar y hallar.

A fin de evitar los problemas de la clasificación por síntomas y debido al poco éxito con el criterio anatomopatológico y etiológico, Kraepelin propuso el criterio diacrónico o evolutivo (aunque se reconoce que Jules Falret en Francia, había desarrollado esta idea al menos 20 años antes, reconociendo por ejemplo el trastorno bipolar), a partir del cual pudo distinguir la psicosis maniaco depresiva de la demencia precoz, observando las diferencias en el curso, evolución y pronóstico de ambos síndromes.

La comisión en Francia cuyo trabajo era hacer una propuesta de clasificación unificada, sostendrá que el criterio evolutivo es uno de los principios más efectivos para crear una clasificación y una nomenclatura confiable, pues éste permite distinguir los tipos mórbidos según la marcha de la enfermedad. Por ejemplo, es útil para reconocer la diferencia entre síntomas que son intermitentes o que sólo aparecen por un breve periodo de tiempo y luego desaparecen de síntomas que pueden ser crónicos, tal como en el caso de los delirios. O permite, por ejemplo, reconocer síndromes más complejos en los que la manía y la depresión se sucede cada cierto tiempo.

Otros de los criterios discutidos en la comisión francesa fue el criterio etiológico, el cual, aún y cuando representaba la mayor aspiración de los psiquiatras, no gozaba en ese momento de mucha aceptación. En Francia, por ejemplo, Garniere (1889) criticará en su informe el criterio etiológico de clasificación por considerarlo vago dado que difícilmente pueden aislarse factores causales primarios de factores distantes, ocasionales o banales. Sin embargo, aún y cuando sostiene esta crítica, reconoce que hay enfermedades en las que identificar las causas es una empresa más viable, por ejemplo, “las locuras de los degenerados hereditarios, los delirios tóxicos, la histeria y la epilepsia” (Caponi y Martínez-Hernández, 2012:471). Adicionalmente, los efectos psiquiátricos de la sífilis se contaban entre las explicaciones etiológicas exitosas de las enfermedades mentales. Contándose el

descubrimiento del bacilo que causa la sífilis y, consecuentemente, la neurosífilis, entre los logros más importantes de la época.

Aún cuando el criterio etiológico no tuvo mucha aceptación en el contexto de este debate en particular, la teoría degeneracionista de Morel y Magnan, enmarcada en el modelo etiológico, ocupó un lugar importante en el debate en torno a esta primera clasificación internacional. Morel y Magnan proponían un conjunto de enfermedades heredo-degenerativas que, como su nombre lo indica, se heredaban de padres a hijos, pero además, con el paso de las generaciones, tendían a convertirse en padecimientos cada vez más graves. Kraepelin en Alemania, apoyaba esta teoría, considerando la herencia una de las causas internas de la locura. Esta hipótesis la sostiene basándose en la observación de las poblaciones de pacientes en los hospitales (Caponi y Martínez-Hernández, 2012:470). A saber, en un 70% de los casos de demencia que observó entre los pacientes de hospitales el defecto hereditario era el verdadero factor prominente. Otros agentes causales externos reconocidos fueron los virus, bacterias y otros agentes tóxicos. Al igual que Garnier, Kraepelin consideraba que poco se podía decir sobre la etiología de las enfermedades mentales, más allá de los agentes internos y externos referidos aquí.

Por último, el criterio anatomopatológico era uno de los que más populares entre los psiquiatras de finales del siglo XIX, pues como lo menciona Caponi (2011:75), “la esperanza de mantenía a pesar de los sucesivos fracasos”. No obstante, hasta el momento no había sido posible avanzar mucho en ese sentido.

La comisión francesa sugirió adoptar una perspectiva mixta de clasificación, para lo cual elaboró una lista, que sin embargo no fue aceptada por la Sociedad Medico-Psicológica francesa pues ésta consideraba que todos los criterios eran aún frágiles, epistemológicamente hablando. Francia, por lo tanto, no envió una clasificación al Comité Belga; sin embargo, sí hubo una lista que fue rechazada. Ésta lista incluía las siguientes categorías: idiotas (imbecilidad, debilidad mental y cretinismo); demencia simple (primitiva o consecutiva); manía y melancolía (demencia consecutiva); delirio agudo o crónico; locura moral; locura circular; alienaciones mentales complicadas por parálisis, epilepsia, histeria, tumores cerebrales; y alienación por intoxicación. Según lo refiere Caponi, esta lista tiene semejanzas con una clasificación de Morel y Magnan. La razón por la cual la Sociedad

Médico-Psicológica de Francia no estuvo dispuesta a enviar una propuesta fue porque consideraban que no había un marco teórico robusto que pudiera sostener una clasificación unificada. Los datos sobre cada perspectiva o eran incompletos o eran cuestionables. Como señala Caponi (2011:86), el campo de la psiquiatría parecía estar edificado sobre la arena. Y puntualiza algo que es muy relevante en relación con el desarrollo de los siguientes capítulos: la discusión que se dio en aquel momento no giraba principalmente en torno a qué modelo de clasificación elegir. No, lo que realmente estaba en discusión era que no se tenía una definición clara de qué eran las patologías mentales, cómo podían identificarse, agruparse y nombrarse. Y dado que esto no es un asunto baladí, en el siguiente capítulo se discutirá la importancia de contar con una definición clara de enfermedad mental como condición previa para elaborar un sistema de clasificación en un campo tan complejo como la psiquiatría.

Por su parte, la Sociedad Belga de Medicina Mental sintetizó las propuestas enviadas por los países participantes, tomando como criterio de elección solo aquellas categorías que se repetían. Su lista, más que clasificación, quedó de la siguiente manera: manía, melancolía, locura periódica (locura de doble forma), locura sistemática progresiva, demencia furiosa, demencia senil y orgánica, parálisis general, locuras nerviosas (histeria, epilepsia, hipocondría), locuras tóxicas, locura moral e impulsiva, y por último, idiota, imbecil, etc.

Sin duda, el trabajo realizado en torno a este intento de proponer una clasificación internacional de enfermedades mentales, y fundar una estadística de éstas comparable entre países, es un antecedente por demás importante respecto al sistema de clasificación de las enfermedades mentales más difundido y utilizado actualmente en la psiquiatría, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM por sus siglas en inglés). Entre otras cosas, porque la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) elabora este manual teniendo en cuenta el mismo objetivo que en su momento tuvo la Sociedad Belga de Medicina Mental: contar con un lenguaje común y poder elaborar estadísticas comparables. Es así que tanto en el siglo XIX como en el siglo XX quienes propusieron un sistema de clasificación de uso universal para la práctica psiquiátrica no estaban pensando necesariamente en la elaboración de un sistema científico de clasificación, sino en una nomenclatura común y útil a varios propósitos. A diferencia de la iniciativa de la Sociedad

Belga de Medicina Mental, la APA tuvo más éxito con su manual, mismo que logró consolidarse a lo largo de las décadas no sólo en la práctica clínica, sino que eventualmente se extendió a las prácticas de investigación. Aún cuando del DSM se planteó en un inicio como una nomenclatura común, con los años se llevó a cabo un arduo trabajo por parte de la comunidad psiquiátrica para que las categorías psiquiátricas postuladas en el mismo cumplieran varios criterios de científicidad.

Sin pretender abundar más sobre el DSM, cuyas particularidades se abordarán en el quinto capítulo, baste decir que en 2008, cuando el *Instituto Nacional de Salud Mental* (NIMH por sus siglas en inglés) en Estados Unidos presentó su nuevo proyecto de clasificación, y después de la última publicación del manual de la APA, el DSM-5 en 2013, el criterio sintomatológico fue nuevamente puesto en cuestionamiento, como ya un siglo y medio antes había sucedido. Al avanzar el siglo XX y entrando al siglo XXI, terminó de confirmarse que este criterio solo permitiría elaborar una nomenclatura común que posibilitara la comunicación dentro de la disciplina, la posibilidad de hacer estadísticas internacionales, crear programas de salud mental, etcétera. No obstante, como se vislumbró desde el siglo XIX, este criterio mostró su poca eficacia respecto de las necesidades de investigación científica, pues como ya preconizaban Garnier y Kraepelin, la mera agrupación de síntomas solo permitiría organizar de manera superficial el universo de las patologías mentales. La esperanza de quienes elaboraron y revisaron el DSM durante décadas fue poder trascender este criterio, para elaborar un sistema de clasificación fundado en una perspectiva etiológica o neurofisiológica (ya no anatomopatológica). No obstante los avances en la psiquiatría y en otras disciplinas como las neurociencias a lo largo del siglo XX, no fue posible transformar el sistema de clasificación basado en la perspectiva sintomática en un sistema de clasificación basado en los procesos neuropatológicos, haciendo aparentemente necesaria la decisión del NIMH de comenzar un nuevo sistema de clasificación llamado *Proyecto de Investigación por Criterios de Dominio* (RDoC por sus siglas en inglés), del cual hablaremos en el quinto capítulo.

Hasta aquí este primer capítulo ha tenido como fin hacer una breve presentación de los contextos prácticos en los que se fue forjando la psiquiatría como disciplina en el siglo XIX, y cómo estos contextos prácticos produjeron sus propios criterios de clasificación de

los trastornos mentales, además de retomar otros de la propia medicina. Como veremos, sobre todo hacia el quinto capítulo, en el siglo XX y en el XXI estos criterios fueron heredados o conservados en los sistemas de clasificación elaborados por la psiquiatría contemporánea, heredando así los problemas epistemológicos que estos ya poseían.

En el siguiente capítulo nos concentraremos en el concepto de enfermedad y, en particular, en el de enfermedad mental, así como de los criterios mínimos que se han propuesto para su definición como una condición que parece necesaria para poder elaborar un sistema de clasificación en el que las categorías postuladas compartan un conjunto de características comunes.

1.4 Los sistemas de clasificación en el siglo XX y XXI

Como mencionamos antes, hacia el final del siglo XIX la psiquiatría biológica que se desarrolló fundamentalmente en la segunda mitad de ese mismo siglo en hospitales y universidades, sufrió una especie de estancamiento para dar paso a un enfoque psicodinámico. Al iniciar el siglo XX el psicoanálisis comenzó difundirse en los círculos psiquiátricos, aunque con algunas resistencias. Por ejemplo, en Alemania, Kraepelin mostró una actitud de rechazo hacia esta nueva teoría. Actitud similar a la mostrada por la psiquiatría y la neurología alemana. En Francia, donde en general había una tradicional hostilidad hacia todo lo germánico, además del problema de la lengua, las reacciones tampoco fueron favorables al psicoanálisis, entre otras cosas, porque les parecía de mal gusto la idea de explorar los abismos de la psique. Hubo quienes incluso calificaron el psicoanálisis como “obscenidad elevada a ciencia”, y como una doctrina motivada por la obsesión de los prejuicios sexuales (Postel y Quétel, 2000: 329).

A la par del rechazo motivado tanto por una postura científicista como moral, el hecho es que tampoco en Francia se tuvo acceso a los escritos de Freud hasta pasada la Primera Guerra Mundial; esto indica, según Postel y Quétel (2000), que la información a la que se tuvo acceso en un primer momento posiblemente fue parcial y estuvo cargada de prejuicios. La psiquiatría francesa, a diferencia de la psiquiatría norteamericana, se orientó más hacia la neurología, con lo que colocó las enfermedades mentales entre las enfermedades de los

nervios y, por lo tanto, dentro del ámbito de competencia de la medicina. (Postel y Quétel, 2000:329)

En Estados Unidos, la llegada de Adolf Meyer en 1892 fue un evento que marcó el modelo norteamericano de la psiquiatría. Aún cuando su formación y sus intereses iniciales estaban orientados a la neurología, pronto se vio en la necesidad de reorientar su enseñanza y su práctica hacia el enfoque psicodinámico. Introdujo, por ejemplo, la idea de “reacción” ante un ambiente patógeno como parte de una explicación etiología de las enfermedades mentales que se sumaba a otros procesos neuropatológicos. Tanto Meyer como otros exiliados europeos utilizaron el enfoque psicoterapéutico de las “reacciones” que consistía más en una especie de proyecto de higiene mental con técnicas dirigidas a reforzar el “Yo” de los pacientes¹⁰ antes que a explorar el mundo inconsciente y fantástico de estos, como proponía el psicoanálisis freudiano (Ehrenberg, 2000:179).

La psiquiatría norteamericana fue durante la primera mitad del siglo XX uno de los pocos terrenos fértiles para la consolidación del psicoanálisis. Esto se debió, por un lado, a que no tenía una tradición organicista fuerte, ni gran interés y trabajo en el campo de las clasificaciones, como si sucedió en Europa. Durante un periodo aproximado de 40 años, la psiquiatría clínica de orientación psicodinámica en los Estados Unidos fue la que trabajó con pacientes, mientras que la investigación se hizo de manera independiente en los laboratorios, utilizando ratas para sus estudios (Lurhman, 2006: 164). Esta investigación, asociada a la psicofarmacología, logró hallazgos significativos promoviendo a su vez la investigación de la neuroquímica asociada con los trastornos mentales. Cabe destacar que esta investigación se desarrolló en el contexto de las empresas farmacéuticas más que en los ámbitos hospitalarios o académicos donde el psicoanálisis influyó de manera importante el pensamiento y la práctica psiquiátrica.

Durante esta primera mitad del siglo XX, en la que el psicoanálisis tomó fuerza dentro de la psiquiatría, no hubo grandes propuestas de clasificación, posiblemente porque el psicoanálisis criticaba cualquier intento de clasificar o, incluso, de establecer cualquier diagnóstico preciso de la enfermedad. Los psicoanalistas ridiculizaban cualquier intento de

¹⁰ Un nombre incluso más apropiado para el psicoanálisis practicado en Estados Unidos es el de *Psicología del Yo*.

dividir la enfermedad mental en categorías específicas tal como Kraepelin había hecho sobre la base del curso y resultado de las enfermedades. Karl Meninger afirmaba en 1956: –Ha desaparecido la noción de que una persona mentalmente enferma es la excepción. Ahora se acepta que la mayoría de las personas tienen algún grado de enfermedad mental en algún momento, y varias de esas personas tienen algún grado de enfermedad mental la mayor parte del tiempo” (Shorter, 1997:178). Es así que la distinción de Kraepelin entre psicosis afectivas y psicosis no-afectivas tenía poco sentido para el psicoanálisis, pues desde el punto de vista teórico de éste sólo había un tipo de enfermedad psiquiátrica que lo único que presentaba eran diferencias cuantitativas en cuanto a su severidad, en función de la adaptación o no al entorno.

No obstante esta predominancia del modelo psicoanalítico en las primeras cuatro décadas del Siglo XX, el modelo médico o biológico de la psiquiatría liderado fuertemente por la industria farmacéutica después de la década de los cincuentas, pugnó por consolidar la disciplina tratando de establecer de nuevo una concepción de las enfermedades mentales como producto de un desequilibrio de la química cerebral, o un trastorno del neurodesarrollo. Esta concepción, eventualmente, fue desplazando al psicoanálisis, entre otras cosas, por su poca efectividad en términos terapéuticos, además de que era accesible sólo para unos cuantos que podían pagar por un psicoanálisis. Por contraste el descubrimiento de psicofármacos que fueron efectivos para el manejo de síntomas en el corto plazo fue muy importante y provocó una situación de contraste respecto a los pocos o nulos resultados del psicoanálisis. Lurhman menciona que –El psicoanálisis por sí mismo, sin una apropiada medicación, no tuvo mucho impacto sobre las enfermedades psiquiátricas severas” (Lurhman, 2000: 220). Adicionalmente, el rechazo del psicoanálisis a la nosología y al diagnóstico tuvo repercusiones en la práctica psiquiátrica y en el sistema de salud pública, pues no se contaba con cifras claras sobre los padecimientos psiquiátricos, incluso esta fue una de las principales motivaciones para crear un sistema de clasificación y diagnóstico común.

Mientras el psicoanálisis se desarrollaba en los Estados Unidos, en Europa la tendencia de los estudios estadísticos que había comenzado en las últimas dos décadas del Siglo XIX, continuó al comenzar el Siglo XX. La estadística, considerada una de las herramientas más

importantes del método científico por entonces, estaba dando buenos resultados. De manera que los estudios que tomaban en consideración casos individuales para promover algún diagnóstico fueron dejándose de lado. En cambio, comenzaron a hacerse estudios con muestras grandes y grupos control, permitiendo indagar los aspectos tanto biológicos como psicosociales de los trastornos mentales. Por ejemplo, comenzaron a proliferar los estudios con gemelos, a partir de encuestas que se realizaban a gran escala para estudiar la relación entre las enfermedades psiquiátricas y la herencia¹¹.

El interés por los estudios estadísticos promovió durante la primera mitad del siglo XX la propuesta de nuevos sistemas de clasificación de uso nacional, una vez más, con el objetivo de tener un lenguaje común. En este contexto se propusieron dos instrumentos o sistemas de clasificación que se han convertido en el referente obligado de la clínica y la investigación en psiquiatría¹². El primero fue la *Clasificación Internacional de*

¹¹ En 1928, Hans Luxemburger del *German Research Institute for Psychiatry* en Múnich, realizó una encuesta a gran escala con gemelos con el fin de estudiar la relación entre las enfermedades psiquiátricas y la herencia, preguntándose si pares de gemelos compartían alguna enfermedad psiquiátrica. El estudio se realizó solicitando a todos los hospitales mentales de Bavaria, la lista de pacientes internos en un cierto periodo. Dicha lista fue enviada a las autoridades religiosas de los pueblos solicitando se identificara e informara si alguno de los individuos de la lista tenía un gemelo. De 16 mil pacientes se identificaron 211 con algún gemelo, de ellos, 106 casos tenían diagnóstico de esquizofrenia, en 65 casos de estos últimos, el segundo gemelo había sobrevivido a la vida adulta y de estos, cinco eran gemelos homocigóticos, ambos enfermos. Estos datos, según refiere Shorter, representó una sólida evidencia de que las enfermedades mentales tienen un sustrato orgánico.

Un estudio similar lo llevó a cabo Kallman en 1940 en los Estados Unidos, con una muestra de pacientes de todos los asilos públicos del Estado de Nueva York. El resultado obtenido fue que entre los gemelos heterocigóticos, una pareja de cada siete tenía diagnóstico de esquizofrenia, y en gemelos homocigóticos la prevalencia era aún mayor. En 1950, en el Primer Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en París, Kallman declaró, sin mayor preámbulo, que la esquizofrenia era hereditaria en el sentido mendeliano, es decir, que se transmitía a través de un —single locus in the DNA—. (Shorter, 1997:243)

En 1959, Seymour Kety del *National Institute for Mental Health* en Bethesda, realizó otro estudio con niños en hogares adoptivos, identificando aquellos que habían sido ingresados en hospitales psiquiátricos y habían sido diagnosticados con esquizofrenia. El estudio consistió en rastrear a los progenitores biológicos para conocer antecedentes de enfermedad mental. Kety y su grupo de investigación concluyeron cautelosamente en 1968 que los factores genéticos son importantes en la transmisión de la esquizofrenia, pero que el mecanismo de la herencia debe implicar un número de genes antes que un gen singular como el modelo mendeliano, tal como lo postuló Kallman casi 20 años antes. (Shorter, 1997:245)

El estudio con gemelos, el uso de metodología estadísticas y la búsqueda de factores hereditarios, se utilizó también en otras enfermedades psiquiátricas como hipochondriasis, hipomanía y depresión, encontrándose en todos los casos diferencias significativas entre gemelos mono y bisigóticos: —The genetics news implied that these illness must have a significant brain substrate, however much environmental circumstances might contribute to triggering them— (Shorter, 1997: 245).

¹² Aunque hoy en día no solo son un referente central en la clínica y la investigación psiquiátrica también, y de manera importante, juegan un papel clave en el financiamiento de la investigación, en la manera

Enfermedades (CIE) creado por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), con la pretensión de estandarizar la clasificación y el diagnóstico en los países donde se practica la psiquiatría. El segundo fue el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM), elaborado por un equipo de psiquiatras de la *American Psychiatric Association* (APA).

Aun cuando el DSM fue elaborado inicialmente para uso del contexto norteamericano, este se fue extendiendo a otros países, publicándose actualmente en más de veinte idiomas y superando en número de ediciones al CIE. Desde su elaboración hasta el presente, el DSM ha sido revisado al menos en cuatro ocasiones por equipos de psiquiatras y científicos quienes intentan crear una taxonomía lo más nítida y objetiva posible, lo que, sin embargo, en todas las ocasiones ha resultado en un número cada vez mayor de trastornos mentales.

El DSM en su primera versión (DSM-I), publicada en 1952, se elaboró con la pretensión de consensar las diferentes clasificaciones desde un enfoque científico, y en este primer intento los estados o condiciones mentales que ahí se clasificaron fueron conceptualizados como “reacciones” ante eventos vitales o enfermedades orgánicas. En esta primera edición se propusieron un total de 106 diagnósticos. En la segunda edición, revisada en 1968 (DSM-II), se notó una fuerte influencia del psicoanálisis, lo que promovió un cambio en la concepción de condiciones psiquiátricas tales como “neurosis” en vez de “reacciones”. Y, al igual que en la primera edición, las categorías eran solo descripciones esquemáticas de los síntomas sin mayor explicación de los criterios clínicos (curso y evolución); resultando en esta ocasión 182 trastornos mentales. (Shorter, E., 2005:103)

La tercera edición del manual se realizó en 1980, en cuya ocasión hubo transformaciones importantes, pues se dejó atrás la orientación psicoanalítica que prevaleció en la revisión anterior y se buscó generar una taxonomía de categorías psiquiátricas bajo una perspectiva más científica, es decir, detallando los criterios clínicos y contextuales que debían considerarse para cada diagnóstico. Esta revisión significó también un cambio en la manera

en que se administran los sistemas de salud mental, en la organización del currículo y los materiales de estudio, en la industria farmacéutica, en las compañías aseguradoras y los servicios de asistencia social. Sin ignorar, por supuesto, la relación dialógica entre todos estos ámbitos y la empresa clasificatoria. Ver Poland, Eckardt y Spaulding (1994) y Rachel Cooper (2005).

de nombrar los estados o condiciones mentales, ahora como ~~trastornos~~ "trastornos" (disorders), reemplazando las concepciones anteriores de ~~neurosis~~ "neurosis" y ~~reacciones~~ "reacciones". A partir de este cambio se vislumbró el predominio de la escuela médica sobre la escuela psicoanalítica en la empresa clasificatoria, pues se dejaron de lado las nociones psicodinámicas de neurosis y reacciones y se introdujo el concepto de trastorno, vinculado posiblemente a la idea del mal funcionamiento de un mecanismo que impide el desempeño natural de una función.

Posterior al DSM-III (1980) ha habido cuatro revisiones más que han implicado cambios como la eliminación de unas y la inclusión de otras categorías de trastornos, la redefinición de criterios diagnósticos, así como la reorganización de grupos de categorías. A partir de estas revisiones tenemos el DSM-II-R (1987), el DSM-IV (1994), el DSM-IV-R (2000) y la última revisión publicada en 2013, el DSM-5.

En suma, las revisiones a las que ha estado sujeto el DSM han buscado mejorar la consistencia de las categorías, la claridad y exhaustividad de los criterios diagnósticos y también la exactitud conceptual requerida para nominar de forma correcta a las enfermedades mentales. Este trabajo ha dado como resultado uno de los mayores avances en la categorización, descripción y clasificación de la psicopatología.

No obstante las diversas revisiones llevadas a cabo, la empresa de clasificación de las enfermedades mentales en la psiquiatría no es un trabajo acabado, ha sido, por el contrario, un largo proceso de definición y reconfiguración de su objeto de estudio, el cual aún sigue en curso y que está guiado por los principios epistémicos y pragmáticos de la ciencia moderna: objetividad, unidad causal y eficacia explicativa.

CAPÍTULO 2.-

El concepto de enfermedad y su relevancia en la construcción de clasificaciones

Resumen y objetivos del capítulo

A mediados de la década de los 70s y en el contexto de la filosofía de la medicina y las discusiones sobre bioética (Ereshefsky 2007, 221) la discusión en torno a la definición de los términos salud y enfermedad, comenzó a cobrar importancia a partir del trabajo pionero de Christopher Boorse (1977), *Health as a theoretical concept*, en el que discute, entre otras cosas, si enfermedad se define por contraste o ausencia de la salud, o si debe definirse en términos propios, al mismo tiempo que establece una distinción entre enfermedad y padecimiento, entendiendo el primero como una condición objetivable en el cuerpo, y el segundo como la experiencia que las personas tienen de la primera (Boorse, 1975). Un aspecto central del trabajo filosófico de Boorse (1977) fue dejar en claro que su análisis se remitía al concepto teórico de enfermedad, y no al uso que de este término se hace entre los legos. En este sentido, uno de sus principales objetivos fue y ha sido, esclarecer en términos teóricos alguna noción biológica suficientemente amplia para capturar la diversidad de estados del organismo que se apartan de su funcionamiento típico y se nombran como enfermedades, al mismo tiempo que dicha noción debía ser lo suficientemente acotado para dejar fuera condiciones del organismo que si bien son objeto de la medicina, no son necesariamente consecuencia de algún proceso que se separa de las normas de la naturaleza.

Mientras que Boorse (1975, 1977, 2011) adopta postura naturalista (Ereshefsky, 2009) frente a los conceptos salud y enfermedad, es decir, sostiene que estos están libres de juicios de valor y con ellos se representa al mundo tal como es, otros autores que han participado en la discusión, adoptan una postura que niega o contrasta este naturalismo, sosteniendo que los conceptos salud y enfermedad no hacen referencia a estados o procesos que se anuncian a sí mismos como “anormales” o “patológicos” en el organismo, sino a

juicios de valor de un grupo social frente a ciertas condiciones que les resultan no deseables o displacenteras. Los análisis filosóficos respecto a estos dos conceptos se dan por lo tanto en alguno de estos dos frentes. Por un lado están quienes sostienen que la definición de enfermedad debe circunscribirse a criterios biológicos que caractericen la clase de estados o procesos del organismo que se desvían de su funcionamiento típico (Boorse, 1975, 1977; Kendell, 1975; Reznek, 1987; Scadding, 1988; Wakefield, 1992; Wachbroit, 1994), y por otro lado, están quienes consideran que esta noción hace referencia a juicios de valor sobre condiciones que no son bien valoradas, independientemente de si les subyace o no un proceso patológico en el organismo (Szasz, 1961; Cooper, 2005). Al primer grupo de enfoques se les conoce como objetivistas (Murphy, 2006) o naturalistas (Ereschefsky, 2009), y al segundo enfoque, se le conoce como normativo (Ereschefsky, 2009) o constructivista (Murphy, 2006). Los términos que utilizan Murphy y Ereschefsky para clasificar los enfoques en torno al concepto de enfermedad, me refiero particularmente a las nociones de objetivismo y naturalismo, aunque en algún sentido ambas aluden a una fundamentación en los “hechos” del organismo, y no hay implicados juicios de valor, conllevan también diferencias sutiles. Murphy (2006:20) por su parte retoma la distinción objetivismo/constructivismo del trabajo de Philippe Kitcher (1997:208-209) en el que este último caracteriza a los objetivistas acerca de las enfermedades como aquellos que sostienen que hay “hechos” del cuerpo humano en los que se fundamenta la noción de enfermedad; mientras que los constructivistas acerca de las enfermedades sostienen que tales “hechos (objetivos)” son una ilusión, y lo que realmente determina si algo es una enfermedad son los juicios de valor sobre esos hechos del organismo, independientemente de sus características. Ereschefsky por su parte, habla de naturalismo de los términos salud y enfermedad aludiendo a que estos refieren a clases naturales, y por lo tanto reflejan divisiones reales en la naturaleza gracias a “nuestras mejores teorías científicas” (Ereschefsky, 2009:227). Una diferencia importante entre las nociones de objetivismo y naturalismo, es que la primera sugiere que los estados del organismo se anuncian a sí mismos como saludables o enfermos, correspondiendo a las teorías de las ciencias médicas describirlos sin mediación de juicios de valor. Si bien el naturalismo también hace referencia a una estructura del mundo que está ahí para ser revelada por nuestras mejores teorías científicas, la noción de objetivismo hace hincapié en un ideal de la ciencia, que

consiste en la descripción y explicación de los objetos científicos con la mayor precisión posible, procurando que no intervengan juicios de valor o sesgos de algún tipo. A diferencia del naturalismo que parece dar por sentado que el papel de las mejores teorías científicas es recolectar los hechos tal como estos se presentan, el objetivismo, según entiendo, supone que la objetividad es algo que puede darse en grados, es decir, que los procesos y los productos de la ciencia tienden hacia ese ideal que supone un trabajo constante en el que deben depurarse los juicios de valor. En ese sentido, el objetivismo acerca de la salud y la enfermedad buscaría capturar con la mayor precisión teórica y conceptual posible las propiedades biológicas que caracterizan a estos estados o procesos. Entre los términos que se han propuesto para caracterizar las enfermedades están el de lesión de un órgano o sistema (Szasz, 1961), disfunción -biológica- (Boorse, 1975; Kendell, 1975; Wakefield, 1992; Watchbroit, 1994) o desventaja biológica (Scadding, 1988), por mencionar los más importantes. Estos términos, a excepción del de lesión, no pretenden definir enfermedad en términos de sus causas, pues estas son diversas -infecciones, rasgos genéticos, lesiones, fallos en el desarrollo, etc.-. Así, los términos desventaja biológica y disfunción han sido particularmente analizados en la filosofía de la medicina, a fin de determinar si estos capturan la clase de procesos del organismo que se desvían de su curso natural o normal. En particular en este trabajo me centraré en el término “disfunción” como una desviación -disminución o exacerbación- de la función “normal” o “natural” de un órgano o sistema del cuerpo, y en dos enfoques teóricos, la teoría evolutiva y el análisis sistémico, a partir de los cuales se ha caracterizado esta noción.

No obstante que las nociones de objetivismo y naturalismo tienen detrás suyo una serie de discusiones ampliamente relevantes en la filosofía de la ciencia, en este trabajo no nos centraremos en ellas, sólo las retomamos en tanto que Murphy (2006) y Ereschefsky (2009) lo hacen para distinguir dos grandes enfoques o posturas acerca de los conceptos salud y enfermedad. Sin embargo, cabe aclarar el sentido en el que más adelante utilizaremos la idea de un “criterio objetivo” para definir enfermedad, en contraste con un “criterio normativo”. Hablaremos de un criterio objetivo refiriéndonos básicamente a algún proceso o estado que tiene lugar en algún órgano o sistema biológico, en contraste un criterio normativo que haría referencia a la valoración positiva o negativa que la experiencia de tales estados tienen para un individuo o un grupo. Si tales estados se anuncian a sí mismos

como normales o anormales, o normales o patológicos, es una discusión que tendremos en el tercer y cuarto capítulo y que como veremos es un asunto que se dirime dentro de ciertas teorías biológicas.

En lo que sigue presentaremos y discutiremos algunos de las propuestas más representativas de los enfoques objetivistas/naturalistas y normativista/constructivista, así como una tercera propuesta híbrida que considera que ambos enfoques están presentes necesariamente cuando hablamos de enfermedades.

2.1. Introducción

La discusión sobre el concepto *enfermedad* ha sido un tema de suma relevancia tanto en el campo de las ciencias médicas como en la filosofía de la medicina. La definición de los criterios que permiten identificar un estado de enfermedad son cruciales para establecer, entre otras cosas, las propiedades particulares de los estados o procesos que pertenecen al dominio de investigación y tratamiento de las ciencias médicas. Hay quienes consideran que debe definirse la salud más no la enfermedad. La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) define la primera como un estado de completo bienestar físico, mental y social. No obstante, respecto del concepto *enfermedad*, es necesario discutir qué tipo de criterios biológicos y normativos nos permiten identificar estados o procesos patológicos en el organismo, los cuales eventualmente causan algún sufrimiento o daño en el bienestar de la persona.

Cabe mencionar que aun cuando el principal objeto de interés de las ciencias médicas son las enfermedades, en la práctica clínica se atienden condiciones que no son propiamente enfermedades. Por ejemplo, el desarrollo prenatal y el parto son procesos perfectamente normales pero que hoy en día ameritan el seguimiento y la intervención de profesionales de la salud. Igualmente, ciertos rasgos físicos pueden ameritar intervención quirúrgica ya sea por razones estéticas o para subsanar alguna fractura o lesión. Condiciones de este tipo, que no obedecen a algún tipo de estado anómalo en el organismo, causado por algún proceso interno o agente externo, han sido objeto de tratamiento por parte de los profesionales de la medicina sin ser propiamente enfermedades.

La distinción entre enfermedades y condiciones médicamente tratables no es tan nítida en todos los casos. Cualquier definición de criterios sobre lo que es una enfermedad, conllevará necesariamente casos limítrofes o controversiales, sobre los que será necesario hacer análisis especiales. Por ejemplo, aunque hoy en día se sabe que la obesidad es un factor de riesgo importante para varias enfermedades, no es tan claro que, en sí misma, sea una enfermedad, o a partir de qué punto el sobrepeso podría considerarse una enfermedad. La ceguera o la sordera, por ejemplo, ¿son enfermedades o parte de la variabilidad biológica? ¿El que se consideren una enfermedad, depende de su etiología o no? En la psiquiatría, disciplina que aquí nos interesa particularmente, los casos controversiales abundan. Por ejemplo, el alcoholismo y, en general, las adicciones están clasificadas como trastornos o enfermedades mentales, y es justamente sobre estos y otros casos donde se ponen a prueba las diferentes concepciones de enfermedad.

Aunque abordaremos de manera general el concepto *enfermedad*, la noción que en particular nos interesa en este trabajo es la de enfermedad mental. En la presente investigación el análisis de este concepto es relevante pues sostendremos que el establecimiento de criterios mínimos para determinar qué cuenta y qué no cuenta como una enfermedad mental, es una tarea necesaria frente a la clasificación de trastornos mentales. En este sentido, nos adherimos a aquellas posturas que sostienen que la definición sobre su dominio es un requerimiento lógico para cualquier sistema de clasificación científico (Cooper, 2005:6). Si asumimos como cierto este requerimiento lógico consideramos que dicha definición debería contribuir al menos en dos sentidos. Por un lado, debe funcionar como un criterio de demarcación (aunque sea “poroso”) para dejar en claro aquello que pertenece al ámbito de clasificación de un cierto dominio, contribuyendo con ello a caracterizar, aunque sea mínimamente, los fenómenos clasificados. Por otro lado, dicha definición debe contribuir, en un sentido epistemológico, a evaluar la coherencia interna de los sistemas de clasificación actuales, proporcionando un punto de partida para determinar si las categorías diagnósticas actuales corresponden con la clase de estados o procesos que son las enfermedades mentales. En lo que sigue se presentará y discutirá el trabajo de algunos autores que han analizado el concepto *enfermedad* y propuesto una definición mínima desde las perspectivas naturalistas, normativistas e híbridas.

Tomar postura por una definición o unos criterios para establecer qué cuenta como enfermedad y, en particular, como enfermedad mental, será relevante para el posterior análisis del sistema de clasificación de la psiquiatría y de las bases a partir de las cuales esta disciplina clasifica los trastornos mentales. Parte de la discusión sobre el concepto *enfermedad* en el contexto de la psiquiatría ha girado en torno a si se precisa una definición particular para las enfermedades mentales o si los criterios que valen para las enfermedades físicas son pertinentes al contexto de la psiquiatría y su objeto, a saber, las enfermedades mentales. La discusión, por lo tanto, deberá incluir la pregunta acerca de si es necesaria una definición o criterios propios para el concepto de enfermedad mental o si una definición general de enfermedad puede abarcar las propiedades generales de las enfermedades físicas y mentales. A primera vista, la alternativa de una definición general de enfermedad parece inviable, dada la compleja naturaleza de las enfermedades mentales, la clase síntomas que la caracterizan y la diversidad de patrones causales que dan lugar a estos fenómenos. Sin embargo, como veremos a lo largo del este trabajo, los criterios que se han propuesto para definir enfermedad bien pueden abarcar en términos muy generales ambos tipos de condiciones, se trate, indistintamente, de propuestas naturalistas, normativas o híbridas.

2.2. El concepto de enfermedad: teorías naturalistas, normativas e híbridas

Como ya mencionamos antes, los análisis sobre el concepto *enfermedad* se han desarrollado sobre la base de dos perspectivas generales: la perspectiva objetivista o naturalista y la perspectiva constructivista o normativa. La distinción entre *objetivistas* y *constructivistas* es retomada de Murphy (2006, 2008)¹³, quien refiere que estas dos perspectivas permiten diferenciar entre aquellos que consideran las enfermedades como estados o procesos del organismo distintos de la salud, y aquellos que desde un enfoque crítico sostienen que las enfermedades no tienen una realidad objetiva y que lo único que revelan son los valores que prevalecen en un grupo social¹⁴. Ereshefsky (2009) por su parte,

¹³ Cabe mencionar que Murphy retoma esta distinción de Phillippe Kitcher (1997).

¹⁴ Murphy (2006:23) sostiene una postura objetivista, aunque admite que algunos le llaman a su postura naturalismo. No obstante, él considera que el naturalismo, al igual que el externalismo, es un término filosófico muy ambiguo e, incluso, sostiene que el objetivismo y el normativismo son compatibles con el naturalismo.

hace una clasificación semejante a partir de términos distintos, pues distingue entre concepciones *naturalistas* y *normativistas* para referirse a aquellos que consideran las enfermedades como hechos objetivos del organismo frente a quienes consideran que las enfermedades solo reflejan la valoración positiva o negativa que los grupos sociales tienen sobre ciertas condiciones. Tanto Murphy como Ereshefsky reconocen una tercera perspectiva híbrida que integra o reconoce la presencia de ambos criterios en la concepción de las enfermedades, uno objetivo y uno normativo. .

Sin pretender ir más lejos en relación con las diferencias entre los conceptos que utilizan Murphy y Ereshefsky -que ya abordamos someramente al inicio del capítulo- en torno a los enfoques sobre el concepto de enfermedad, baste mencionar que la pretensión común de las teorías objetivistas y naturalistas sobre la enfermedad es establecer un criterio biológico que describa, de manera amplia, la clase de condiciones que son las enfermedades. Conscientes de la vasta heterogeneidad de condiciones que se consideran enfermedades, ya sea que se definan por sus causas o sus efectos, el propósito de estos enfoques ha sido identificar un concepto biológico capaz de incluir dicha diversidad. Se les llama perspectivas objetivistas o naturalistas, porque su objetivo es establecer criterios que garanticen la universalidad de las condiciones clasificadas. Algunos de los criterios más importantes propuestos en esta línea son los de desventaja biológica, desviación estadística, lesión o disfunción. Este último, el criterio de disfunción, ha sido sin duda una de las propuestas más destacadas en la discusión, y desarrollado de manera seria por Christopher Boorse (1975, 1977). La idea general de este criterio, definido desde la teoría evolutiva, es que el organismo es un sistema compuesto por órganos o subsistemas que cumplen con “funciones” que les son naturales y que le acarrearán beneficios al organismo. Por el contrario, el mal funcionamiento de uno o más órganos o subsistemas afecta al organismo poniendo en riesgo su salud, es decir, su adecuación óptima al medio.

La centralidad del concepto de “función” para el naturalismo radica en la alusión o señalamiento de un estado “natural” de los organismos, de tal manera que cualquier estado o proceso que se desvía de ese estado natural, es objetivamente una anomalía en un sentido biológico. En este sentido, la aproximación naturalista de las enfermedades considera que una enfermedad es algo que se anuncia a sí misma pues es un estado que se

desvía del desempeño típico de una función natural. Cabe señalar, sin embargo, que para algunos investigadores (Murphy, 2008; Wakefield, 1992) el funcionamiento anormal de un órgano es una condición necesaria pero no suficiente para determinar el *status* de enfermedad, pues consideran que esa disfunción puede causar daño o deteriorar el organismo. Sobre la valoración del daño o deterioro causado por una disfunción, esta debe ser evaluada en términos empíricos (Murphy, 2008), o desde un punto de vista normativo (Wakefield, 1992).

Los constructivistas, según la caracterización que Murphy (2006) hace de ellos, sostienen que aquello que se nombra como una enfermedad está determinado por el hecho de que tales condiciones transgreden alguna norma social. Esto último no significa que cualquier norma que se transgreda se interpretará como una enfermedad, hablando particularmente de enfermedades mentales. Por ejemplo, hay transgresiones que se interpreten como un acto inmoral (por ejemplo, masturbarse en público), o como una excentricidad (por ejemplo, vestirse de manera estrafalaria), sin embargo, la elaboración de una narrativa incoherente o inverosímil tenderá a interpretarse como un delirio, es decir, como un síntoma de un trastorno mental. Aunque los constructivistas admiten que algunas enfermedades pueden tener causas biológicas o psicológicas, su posición crítica se centra en sostener que la clasificación de las enfermedades es una tarea fundamentalmente normativa que toma como referente principal aquello que no es valorado positivamente por un grupo social. (Murphy, 2006:27).

Según observa el propio Murphy (2008:4), el enfoque constructivista sobre las enfermedades es difícil de caracterizar de forma satisfactoria, pues fundamentalmente consiste en negar la tesis objetivista sobre la disfunción biológica como condición necesaria de una enfermedad, y asegurar al mismo tiempo que las motivaciones que subyacen al establecimiento de cualquier enfermedad obedecen a juicios de valor antes que a una condición objetiva. El carácter del constructivismo es más bien crítico y no propositivo, pues sus partidarios no plantean algún criterio alternativo al de disfunción para identificar una enfermedad de una condición que no lo es, ni en términos biológicos o ni en términos normativos. Por otro lado, tampoco especifican qué tipo de juicios de valor serían válidos para dictar la normalidad o anormalidad de una condición, ni por qué cierto tipo de

transgresiones a las normas no se consideran enfermedad mientras que otras sí son consideradas. Una diferencia importante entre las posturas objetivista o naturalistas y las normativas o constructivistas, es que las primeras son en algún sentido propositivas, pues sugieren y analizan criterios que pudieran describir estados o procesos del organismo que son anormales y causan o son la enfermedad, mientras el constructivismo cuestiona radicalmente cualquier objetividad de las enfermedades y sólo ve en ellas un ejercicio de control social sobre los estados físicos o conductas que no son deseables. En este sentido, parece que una diferencia importante entre objetivistas y constructivistas podría resumirse de la siguiente manera, los primeros se ocupan de definir el concepto de enfermedad y los segundos se ocupan de cuestionar el concepto y el realismo de las enfermedades. Para las propuestas híbridas, a la que hace referencia Ereshefsky (2009), toda enfermedad conlleva no sólo el hecho objetivo o natural de algún tipo de anormalidad física o mental, sino la atribución de una valoración negativa frente a tales hechos. Las perspectivas híbridas advierten que la enfermedad es una disfunción biológica y/o psicológica que se hace evidente por los efectos dañinos que tiene sobre el bienestar del organismo. Al igual que los objetivistas, y a diferencia de la mayoría de los constructivistas, los autores que desarrollan posturas híbridas buscan postular algunos criterios para describir las condiciones bajo las cuales podemos afirmar justificadamente que una condición física o mental es una enfermedad. La principal diferencia entre quienes abrazan esta categoría se centra en que adoptan una alguna teoría de anormalidad biológica con el objeto de establecer desde esta, un criterio empírico de la enfermedad, al mismo tiempo que reconocen la importancia y centralidad de los juicios de valor, como aquellos que determinan en última instancia si una anormalidad biológica o psicológica es o no una enfermedad. Es decir, si un órgano o sistema es “anormal” o “disfuncional” desde el punto de vista teórico, pero si al mismo tiempo no causa ningún daño, sufrimiento o discapacidad, entonces no se concibe como enfermedad.

En lo que sigue revisaremos tres propuestas, las cuales representan cada una de las tres perspectivas mencionadas. En primer lugar, revisaremos la propuesta de Christopher Boorse (1975), uno de los trabajos más influyentes en la discusión sobre el criterio biológico apropiado para definir qué es una enfermedad; en segundo lugar, se presenta la propuesta de Rachel Cooper (2005), una de las posturas normativistas más recientes en

relación con el concepto de enfermedad mental en particular, y en tercer lugar, el análisis de Jerome Wakefield (1992), la propuesta más contemporánea entre las perspectivas híbridas del concepto de enfermedad. Es importante mencionar que si bien una tendencia de las posturas normativistas del concepto de enfermedad tiende a adoptar un enfoque fundamentalmente crítico, Cooper sí sugiere un par de criterios normativos para definir el concepto *enfermedad*. Es preciso mencionar que tanto en los trabajos de Ereshefsky (2009), como de Murphy (2004), no se hace referencia a Cooper; sin embargo, en el presente trabajo sí se revisa la propuesta de dicha autora pues su planteamiento es uno de los análisis pioneros en filosofía de la psiquiatría y particularmente en relación al sistema de clasificación de los trastornos mentales.

2.3. Teorías objetivistas/naturalistas. Boorse y la noción de déficit funcional en clases de referencia

Scadding (1967), Kendell (1975) y Boorse (1975) fueron los primeros en introducir un criterio biológico evolutivo para definir el concepto de enfermedad a fin de establecer un criterio de demarcación biológico y científico entre salud y enfermedad. El primero en hacer un análisis de los usos del concepto *enfermedad* en la medicina fue Scadding (1967, 1990), quien más que estar interesado en proporcionar una definición genérica de enfermedad la caracterizó como “desventaja biológica”. Scadding consideró que la precisión de un tipo exclusivo de desventaja biológica era una empresa infructuosa si se tomaba en cuenta la heterogeneidad de causas de las enfermedades (bacterias, virus, malformaciones, tumores, lesiones) y el carácter irregular de la evidencia que permitía definir las, ya fuera por sus características clínicas, por las disfunciones anatómicas o fisiológicas subyacentes, o por sus causas. Un problema que observaba Scadding con respecto a las formas de definir las enfermedades, es que generalmente se confundía el nombre de la enfermedad con las causas de esta, en vez de identificarla con sus características sintomatológicas, en el caso de los diagnósticos clínicos, o con el desorden subyacente, en el caso de los trastornos anatómicos y fisiológicos.

Con el objeto de precisar y clarificar la idea de “desventaja biológica” que Scadding (1967) dejó abierta, Kendell (1975) y Boorse (1975) plantearon un par de consecuencias naturales de las desventajas biológicas, a saber, la reducción en la fertilidad y en la esperanza de vida, ambas condiciones contrarias a la naturaleza y a la supervivencia de las especies. Boorse avanzó un poco más en la aclaración del sentido de “desventaja biológica” y la tradujo como el déficit de una función, es decir, como carencia o disminución en la capacidad de un órgano o sistema para llevar a cabo la tarea que le confiere alguna ventaja al organismo, promoviendo su supervivencia y reproducción. De esta manera, definió *enfermedad* como un tipo de estado interno que perjudica la salud, es decir, reduce o elimina una o más capacidades *funcionales* de un organismo por debajo de su eficiencia típica (1977:555). Boorse, por ende, adoptará un enfoque “bioestadístico” de disfunción, lo que significa que cualquier déficit funcional se establece a partir de la contribución causal *estándar* de un rasgo para cumplir con los objetivos de un organismo.

El trabajo de Boorse (1975, 1977) sobre el concepto *enfermedad* es un referente central en la discusión, entre otras cosas porque es el primer trabajo de revisión y análisis que pone sobre el papel una serie de consideraciones que han jugado un papel importante a la hora de definir qué es una enfermedad y cómo se distingue de otras condiciones médicas. En *Health as a Theoretical Concept*, una obra de 1977, señala los problemas de los criterios que hasta ese momento se habían propuesto para distinguir salud de enfermedad. Por ejemplo, tipificar la enfermedad como aquello que queda fuera de la normalidad estadística, como aquello que es médicamente tratable, como dolor o sufrimiento, como incapacidad o impedimento o como desadaptación y ruptura de la homeostasis. En términos generales, para Boorse, estos criterios tienen dos tipos de inconvenientes a la hora de definir qué es una enfermedad; o son demasiado amplios de tal manera que aceptan condiciones que en la práctica no se consideran enfermedades, o son demasiado estrechos y dejan fuera condiciones que tanto la teoría como la práctica médica considerarían enfermedades. Entre los criterios que son demasiado amplios se encuentran la enfermedad como anormalidad estadística y la enfermedad como condición médicamente tratable, en el primero de estos criterios cabrían, por ejemplo, las personas que son mucho más altos que la media de la población o mucho más delgados, o cualquier otro rasgo que se aleje de la media estadística; en el segundo caso, estarían las quemaduras, una lesión causada por un golpe, el

parto, y tantas otras condiciones que son médicamente tratables. Por otro lado, los criterios como dolor y sufrimiento, o incapacidad e impedimento, podrían dejar fuera enfermedades como la hipercolesterolemia familiar, una “enfermedad” hereditaria que es producida por una disfunción en el metabolismo de las lipoproteínas que producen un aumento en la concentración en la sangre de colesterol de baja intensidad LDL. Si bien esta enfermedad puede tener efectos adversos en el largo plazo, cursa por muchos años de manera asintomática, sin producir dolor, sufrimiento o discapacidad.

Con todo, para Boorse (1975, 1977) el criterio estadístico por sí mismo tiene varios problemas en relación con las condiciones bajo las cuales se establecen los parámetros de referencia. Por ejemplo, no queda claro si lo que se define como enfermedad es aquello que queda por debajo o por encima de la media estadística, o si se consideran como enfermedades ciertas condiciones sólo por ser poco frecuentes entre la población, por ejemplo, tener sangre tipo O, tener el cabello pelirrojo, ser muy alto respecto a una determinada población, o ser muy bajo. O bien, el caso opuesto, condiciones que son claramente enfermedades y que, por su amplia distribución entre la población deberían pasar como condiciones estadísticamente normales, por ejemplo, la diabetes o la hipertensión entre la población mexicana. Si bien es cierto que el criterio estadístico es problemático como lo señala Boorse, también es cierto que la normalidad o anormalidad estadística de una serie de variables clínicas, son determinantes en el diagnóstico de muchas enfermedades, por ejemplo, presión sanguínea, niveles de azúcar, niveles de colesterol, triglicéridos, etcétera, etcétera. En este sentido, si bien no es un criterio que puede jugar un papel central por sí mismo, si juega un papel central en la definición de lo que es normal o anormal, sano o enfermo. Tan es importante que Boorse lo sumara a un criterio biológico de desempeño típico, como veremos más adelante.

En cuanto a los criterios de dolor, sufrimiento y discapacidad como efecto perjudicial, Boorse (1975, 1977) señala que ninguno de estos resiste el peso de los innumerables contraejemplos en los que ese tipo de experiencia está ausente siendo que, paradójicamente, se está frente a un caso de enfermedad. Estos tres criterios que Boorse descarta, en realidad formarían parte del enfoque normativo de las enfermedades, pues cada uno de estos alude o a una experiencia subjetiva, dolor y sufrimiento, o a un juicio normativo, discapacidad. Una

objeción básica frente a estos criterios es que cualquier condición que no tenga que ver con algún desarreglo en el organismo puede llevar al dolor, sufrimiento o discapacidad, por ejemplo, cualquier situación de pérdida.

La idea de homeostasis, una de las nociones más influyentes en la noción clínica de salud, representa para Boorse una concepción estrecha de los procesos biológicos del organismo, pues no todas las funciones tienden hacia el equilibrio interno. Para ejemplificar su argumento, refiere que la percepción, la locomoción, el crecimiento o la reproducción son procesos que trastornan el equilibrio antes que tratar de mantenerlo. Frente a esta objeción particular de Boorse hacia el criterio de homeostasis, cabría decir que es posible que órganos o sistemas que han sufrido alguna alteración, se ajusten a las demandas de tales alteraciones buscando un nuevo estado de equilibrio, distinto al inicial. Es decir, que el criterio de homeostasis es estrecho, no porque no todas las funciones tienden necesariamente hacia el equilibrio homeostático, sino porque la pérdida de un estado de equilibrio homeostático en un organismo, no lleva necesariamente al desequilibrio homeostático, sino porque el organismo es flexible, se adapta a las variaciones y busca nuevos estados de equilibrio que lo mantienen dentro de estados biológicamente normales.

Por último, el criterio de enfermedad como condición médicamente tratable, uno de los más cuestionados y más problemáticos, pues incluye un conjunto amplio de condiciones que ni los médicos ni los legos considerarían enfermedad y deja fuera condiciones que los médicos no pueden tratar y que sin embargo son enfermedades. En el primer caso tenemos ejemplos como la circuncisión, el aborto elegido, las cirugías estéticas, la prescripción de anticonceptivos, las fracturas, las quemaduras y otro tipo de lesiones; todas ellas condiciones médicamente tratables, más no enfermedades (Boorse, 1977:545). En el segundo caso, En cuanto a las condiciones que no son médicamente tratables, pero que sin embargo son enfermedades, Boorse no menciona algún ejemplo, sin embargo, podrían ser enfermedades para las que aún no se ha encontrado algún tipo de tratamiento, aunque estos casos son los menos. Este criterio en particular deja ver que la medicina no sólo se encarga de tratar enfermedades, sino otras condiciones que permiten mantener la salud o promover el bienestar.

Volviendo al criterio de anormalidad estadística, es preciso mencionar que Boorse (1975, 1977) lo enmarca en el concepto biológico de función. De acuerdo con su postura, Boorse sostiene que en sí mismo el criterio estadístico de anormalidad es demasiado amplio, pues los parámetros entre normalidad y anormalidad tienen lugar solo en relación a cómo se distribuye una condición entre la población en general. La adopción de la noción biológica de función en cambio, permite acotar lo que consideramos estadísticamente normal de acuerdo con la definición de función biológica de un rasgo. **La suma de estos dos criterios, el criterio estadístico y el criterio biológico, constituye su propuesta bioestadística de enfermedad, misma que sostiene Boorse, podría extenderse a otras especies, para definir en términos universalmente válidos qué cuenta como una enfermedad.**

Boorse (1975) desarrolló esta propuesta bioestadística del concepto *enfermedad* sobre la base de una distinción entre medicina teórica y medicina práctica, señalando que la primera es el marco de referencia adecuado para discutir sobre la definición de enfermedad de tal manera que pueda arribarse a una propuesta científica, objetiva y universal. Para él, la medicina teórica es una esfera de investigación independiente de la práctica clínica, vinculada a la biología y otras ciencias naturales, cuyo objetivo es describir el funcionamiento natural del cuerpo y clasificar como enfermedades los estados que se desvían de ese funcionamiento natural. El concepto teórico de enfermedad que se deriva de esta perspectiva es aplicable a los organismos de diferentes especies de plantas y animales, dado que el análisis se realiza en términos biológicos y no éticos; mientras que el concepto práctico es aplicable sólo a humanos, pues implica juicios de valor sobre las condiciones que merecen tratamiento médico en tanto afectan de alguna manera a quien las padece.

Asimismo, Boorse (1975:49) hace referencia al error común que se comete al traslapar el sentido teórico y el sentido práctico de la noción de salud o sus opuestos, las nociones de *enfermedad* (disease) y *padecimiento* (illness). En este sentido, para este autor el análisis sobre la noción de salud debe realizarse sobre la base de la medicina fisiológica, marco en el cual es posible hacer a un lado aquellos elementos normativos vinculados más a la práctica médica que a la teoría. Aunque en algún sentido el autor parece asentar que su definición de enfermedad es válida sólo para las enfermedades físicas, es decir, para

aquellas condiciones a las que subyace una etiología orgánica, no descarta la posibilidad de incluir los trastornos mentales siempre y cuando estos tengan una etiología orgánica.

Derivado de la distinción entre medicina teórica y medicina práctica, Boorse hace una segunda distinción entre los términos de *enfermedad* y *padecimiento*. El concepto *enfermedad*, sostiene, es un término técnico utilizado en los textos de medicina teórica para referir a condiciones que son opuestas a la salud (Boorse, 1975:57). En cuanto al concepto *padecimiento*, este se refiere a la experiencia particular de la enfermedad en cada individuo, es decir, a los efectos individuales que produce una disfunción y que se traduce en una condición indeseable, la cual potencialmente causa una discapacidad que requiere un tratamiento médico y que excusa al individuo de ciertas conductas que serían criticables en otras circunstancias (Boorse, 1976:61). Boorse considera la noción de padecimiento una subclase de la enfermedad con características normativas que se reflejan en la práctica médica. La enfermedad será, por lo tanto, objeto de interés de la medicina teórica, mientras que el padecimiento será objeto de intervención de la medicina práctica o clínica.

Esta distinción entre enfermedad y padecimiento, vinculada a la diferencia que hace Boorse (1975) entre medicina teórica y medicina práctica, será muy importante para establecer el ámbito de su propuesta y señalar la confusión que persiste en los enfoques normativistas que elaboran sus críticas no sobre la clasificación de condiciones objetivas y universales, sino sobre la base de casos particulares anclados en las idiosincrasias socioculturales. Así, para Boorse (1975:56), el concepto *enfermedad* alude al estado o proceso de un órgano o estructura anatómica caracterizado por una disfunción biológica, es decir, una condición objetiva y universalmente reconocida como enfermedad por la ciencia médica. Las enfermedades son, por lo tanto, entidades localizadas en algún órgano o sistema cuya función no se desempeña conforme a su función natural. De esta manera, su propuesta se concentra en esta noción biológica de función natural, además de proporcionar otros criterios que permitirán circunscribir de manera empírica y, por lo tanto, científica, el componente estadístico (Boorse, 1976:56; 1977:352).

Boorse (1977) retoma la noción de Nagel (1961) de *función biológica*, definida como un “sistema dirigido a un fin” que tiende a persistir en un patrón integrado de actividades frente a cambios medioambientales. Este patrón integrado de actividades supone un diseño

natural que contribuye a la supervivencia y reproducción del organismo. Además de esta noción, Boorse introduce algunas cláusulas para enmarcar la correcta identificación de la función relevante de un subsistema y no confundirla con otras funciones fortuitas. La primera cláusula que introduce es la de “clase de referencia”, la cual define como una clase natural de organismos con un diseño funcional uniforme. Por ejemplo, dentro de una misma especie, un conjunto de individuos de una determinada edad y sexo conformarán una clase de referencia. La segunda cláusula es la definición de “salud” entre los miembros de una clase de referencia, descrita como el funcionamiento normal de una capacidad, es decir, la disposición de cada parte interna para llevar a cabo todas sus funciones naturales en circunstancias típicas. La tercera cláusula, se refiere a la “función normal” de un órgano o proceso, que define como la “contribución típica” en términos estadísticos, para la supervivencia individual y la reproducción de la “clase de referencia”. Finalmente, define “enfermedad” como un tipo de estado interno que perjudica la salud, es decir, reduce una o más capacidades funcionales por debajo de la eficiencia típica (1977:555). Algo que podemos observar tanto en la noción de función biológica como en el resto de las cláusulas que introduce Boorse, es el valor que da a la “regularidad” (persistencia en un patrón integrado de actividades, eficiencia típica, funciones naturales en circunstancias típicas) y tal vez la homogeneidad (clases de referencia) como propiedad o característica central para entender los estados de salud, función natural, normalidad, etcétera. Como si, por el contrario, la variabilidad conllevara necesariamente a su contrario, enfermedad, disfunción y anormalidad. En este sentido, su propuesta de salud/enfermedad parece no tomar en consideración la variabilidad biológica o de manera radical la ubica en el espectro opuesto de las funciones naturales, la normalidad y la salud.

Vemos como Boorse (1975, 1976, 1977) al integrar en su propuesta la noción de función biológica y las teorías estadísticas del concepto *enfermedad*, proporciona un marco teórico que le permite circunscribir la distinción salud/enfermedad, a las “tareas típicas” que deben desempeñar los rasgos biológicos/naturales de una clase de organismos, o lo que llamará, como ya mencionamos, *clase de referencia*. Con esto el autor busca asegurar que la noción de enfermedad refiera exclusivamente al estado que guarda el desempeño típico de los órganos o sistemas de una particular “clase de organismos”, dejando fuera otro tipo de variables como las normas y valores de un grupo. Esta acotación que hace Boorse acerca

del desempeño típico de una clase de referencia será central en su propuesta, haciendo hincapié en que el desempeño típico de un rasgo debe valorarse en relación a variables como la edad y el sexo, por ejemplo. Es decir, el desempeño típico de órganos como el corazón o los pulmones en adultos mayores de 70 años, será diferente del desempeño típico de los mismos órganos en una población de 15 a 30 años. Cada uno de estos grupos de edad es una clase de referencia distinta que posee su propio desempeño típico y sobre esta base se determina si hay o no una variación anómala.

Es preciso señalar que en un principio la idea de desempeño típico de un rasgo, está asociada en la propuesta de Boorse (1975) a la teoría evolutiva, es decir, a la idea de que el desempeño típico de un rasgo es aquel que confirió ventajas adaptativa a una población ancestral. Posteriormente, Boorse (2011) entenderá dicho desempeño típico en términos sistémicos, es decir, en términos del rol causal que tiene dicho rasgo en la supervivencia y reproducción de una clase de referencia en su medioambiente presente.

2.4. Teorías normativas. Rachel Cooper: las enfermedades mentales como condiciones desafortunadas

Como vimos en el apartado anterior, las propuestas naturalistas más influyentes sobre el concepto de enfermedad apuestan por una noción evolutiva de función biológica, cada una con diferentes matices. La propuesta que Cooper (2005), como toda propuesta normativista, parte de una crítica a las propuestas naturalistas, particularmente, la objeción general que esgrime es que ningún concepto de enfermedad debe contener la noción evolutiva de función, pues cualquiera que sea la versión que se adopte -Kendell (1975), Boorse (1975), Wakefield (1992) y Spitzer (1973)- siempre habrá contra ejemplos de condiciones físicas o mentales que cumplan con dos criterios: ser enfermedades y estar asociadas al desempeño regular o normal de una función propia. A fin de ejemplificar su postura, refiere que la depresión, la sociopatía, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad, son desórdenes mentales que no están asociadas a alguna “disfunción” psíquica o neurológica de origen evolutivo y sin embargo causan sufrimiento y discapacidad. **Ya sea que tales trastornos estén asociados a un rasgo adaptativo o no, lo importante es que tales rasgos se desempeñan**

de manera normal y sin embargo tales condiciones son objeto de la psiquiatría por el daño que estos causan.

Cooper (2005) señala una serie de limitaciones y problemas que tiene la teoría evolutiva de función biológica como criterio para definir *enfermedad*, concluyendo incluso que en realidad no hay, actualmente, una noción aceptable de funciones biológicas que sirva de base para definir *enfermedad*. Si bien las críticas a la teoría evolucionista de función biológica como marco de referencia para definir enfermedad serán abordadas en el siguiente capítulo, ahora sólo se hará mención de un ejemplo del tipo de problemas que Cooper señala. Por ejemplo, dado que la noción evolutiva de función biológica está vinculada a la reproducción y la esperanza de vida como consecuencias necesarias de la primera, esto implicaría que toda disfunción y, por lo tanto, toda enfermedad, debe tener efectos negativos sobre la reproducción y la esperanza de vida. El argumento de Cooper es que pueden mencionarse una gran cantidad de ejemplos de eventos de naturaleza social o natural (guerras, hambrunas, desastres naturales, etcétera) que inciden sobre la reproducción y la esperanza de vida y no son una enfermedad. O, por el contrario, enfermedades que no afectan la reproducción y la esperanza de vida.

Aun y cuando Cooper (2005) no descarta que algunas enfermedades puedan ser causadas por algún tipo de lesión, disfunción o daño orgánico, ella sostiene que éstas son en primera instancia condiciones de naturaleza antropocéntrica asociadas a aquello que nos causan daño o nos incapacita como personas. Por ende, no es razonable esperar una definición precisa de enfermedad, pero sí es posible pensar una serie de criterios normativos asociados al daño y la discapacidad que producen. Desde esta perspectiva normativa, entonces, define enfermedad mental como *una condición que no es bueno tener, con la cual la persona afectada se considera desafortunada y, potencialmente, es una condición médicamente tratable*" (Cooper, 2005:22).

La definición de Cooper (2005) no proporciona alguna clave para delimitar una conducta normal de una conducta patológica, ni siquiera en términos normativos. Muchas condiciones y situaciones que experimentan las personas cumplen los tres criterios que ella propone, ser algo que *no es bueno tener*, ser *desafortunada* y, *potencialmente* algo que *puede tratarse médicamente*. Por ejemplo, una adolescente embarazada que no está

preparada para tener un hijo, o una mujer pobre que ya tiene muchos hijos y vuelve a embarazarse, cumplirían los tres criterios estar en una situación en la que no es bueno estar, y por ello ser desafortunadas, al tiempo que su condición es medicamente tratable tanto para dar seguimiento al embarazo como para detenerlo. Lo mismo sucede si alguien tiene exceso de peso, en un nivel que no sea mórbido, o si alguien tiene una nariz enorme. Frente a ambas condiciones algunas personas podrían pensar que es algo que no es bueno tener, sentirse desafortunadas y pensar que su condición potencialmente puede solucionarse con algún tratamiento médico o intervención quirúrgica. Un problema de los criterios normativos es su amplitud, es decir, en los márgenes que establecen caben una infinidad de condiciones y situaciones que ni de cerca podríamos considerar una enfermedad, incluso desde el ámbito de los legos. No obstante, esta crítica podría serle indiferente a quienes proponen tales criterios, pues justo lo que intentan mostrar es que aquello que llamamos enfermedad, pertenece simplemente al ámbito de lo que se sale de la norma y, por ende, cabe todo aquello que colectivamente no nos agrada o nos agrada poco.

En relación con el criterio, “una condición que no es bueno tener”, Cooper (2005) sugiere que este Se busca marcar una diferencia entre variabilidad biológica y enfermedad, es decir, para habificar esta última no será suficiente que se identifique algún rasgo biológico atípico. Sumado al carácter atípico del rasgo, será también preciso que esa condición sea en detrimento de quien posee ese rasgo biológico. Si bien Cooper, como otros normativistas, admite que hay enfermedades que tienen un componente biológico, considera que no ahora no hay un criterio objetivo que logre capturar el tipo de estados o procesos del organismo que ponrentan a las personas freondiciones que no es bueno tener, desafortunadas y potencialmente tratables médicamente. No obstante, al hacer esta distinción entre variabilidad biológica y enfermedad, e intentar caracterizar esta distinción desde el ámbito normativo, aribuyendo el criterio de una condición que no es bueno tener, tampoco seestgrandotablecer un criterio de demarcación. Entre otras cosas porque también ciertas variaciones biológicas podrían cumplir con este primer criterio, “algo que no es bueno tener”, prque la persona se siente desafortunada al tenerlo, por ejemplo, ser muy alto o muy bajo de estatura, ser albino, ser hermafrodita, etc., etc.

En el caso de las enfermedades mentales cabe hacer la pregunta: ¿para quién no es bueno tener una condición, para quien la padece, para la sociedad o para ambos? Establecer un criterio claro en este sentido evitaría confundir conductas que son síntomas de enfermedades mentales y conductas que son criminales las cuales, por su parte, son dañinas para terceros y no para la persona que posee ese rasgo conductual. En otras palabras, cuando consideremos distintos trastornos de la personalidad como el trastorno narcisista o el trastorno histriónico, o los trastornos parafilicos como la pedofilia, el masoquismo o el voyerismo (DSM-5, 2013), vemos que en todos estos casos los criterios de Cooper no se satisfacen si estos es preciso que el infortunio y daño a los que se refieren deban ser experimentados por la persona que ~~padece~~ el trastorno. En el caso de los primeros ejemplos, los trastornos de la personalidad, las conductas de los individuos con estos rasgos afectan al entorno de personas cercanas y, en el caso de la pedofilia, afecta a sus víctimas. Cuando Cooper, como el resto de los normativistas, caracteriza las enfermedades mentales como conductas que se salen de la norma, haciendo hincapié en la atipicidad de estas expresiones y en como estas perturban a un colectivo, pero no es claro que esa atipicidad sea lo que debe perturbar o hacer daño a los sujetos que expresan tales conductas. En Wakefield por ejemplo, el daño es un efecto que tiene la disfunción natural de un mecanismo mental, y en ese sentido es el sujeto el que sufre ese daño.

A fin de clarificar su criterio y distinguir conductas que son síntomas de un trastorno mental de conductas que podrían considerarse criminales, Cooper introduce un elemento adicional: que las conductas (síntoma de un trastorno mental) estén *fuera del control voluntario* del individuo (Cooper, 2005:23), de tal manera que se pueda decir que la conducta no sólo es algo potencialmente dañino para la sociedad sino también dañino para el individuo en tanto que no puede controlarlo. Esta puntualización que se suma al primer criterio de Cooper es problemática pues implica determinar (¿empírica o normativamente?) la ~~voluntariedad~~ de una conducta o acción, para después determinar si es o no algo dañino para el sujeto. Este ha sido un tema muy discutido en el ámbito jurídico, a saber, la atribución de responsabilidad sobre actos que dañan a terceros, para distinguir una conducta criminal de una conducta-síntoma de un trastorno mental. Quien determina o decide la naturaleza de tales es un especialista, es decir, un juicio externo sobre el estado interno de una tercera, la voluntariedad de las conductas o actos de alguien. Aunado al problema que

presenta el juicio sobre la voluntariedad de los actos de un tercero, hay algo más que está sujeto a consideración en la integración de estos dos criterios (dañino e involuntario), y si es válido sugerir que aquello que está fuera de nuestra voluntad, necesariamente es algo que nos causa daño, dado que existen muchas situaciones en las que esto se cumple pero también otras tantas en las que no. Por ejemplo, algunas emociones son concebidas como respuestas automáticas y, por tanto, en cierta medida involuntarias, pero que bien pueden causarnos placer o daño, dependiendo del tipo de emoción. Si es enojo o miedo, es muy probable que nos causen displacer o daño; por ejemplo, alguien que siente mucho miedo frente a una situación podría tomar malas decisiones causándose daño, lo mismo puede suceder con el enojo. Si es alegría o sorpresa, seguro nos causará placer. Si estos ejemplos son pertinentes, la precisión de Cooper sobre la involuntariedad de una conducta, emoción, acción, etcétera, no conlleva claridad a su definición normativa del concepto *enfermedad mental*, es decir, como algo que no es buen tener porque nos causa daño.

Como podemos ver, los criterios de demarcación normativos sobre lo que es una enfermedad, presentan un serio problema cuando tales criterios se vinculan con la noción de daño. La propia Cooper reconoce estos problemas y plantea algunas preguntas para responder y fundamentar su postura. Por ejemplo, se pregunta ¿quién evalúa si una condición es dañina? o ¿si la condición es algo dañino para todos los casos o sólo para algunos casos particulares? Es decir, si todo aquel que presente una cierta condición la experimentará como un daño a su bienestar (Cooper, 2005:24). Cooper reconoce que estas preguntas podrían bien ser objeto de la filosofía moral, por ejemplo de los utilitaristas quienes tendrían que determinar si una condición tiende o no hacia la maximización de la felicidad del sujeto. No obstante, este enfoque tiene problemas, puesto que cualquier respuesta que se dé no sería válida para todos y cada uno de los casos, ya que lo bueno o malo para un individuo puede no serlo para otro. Un ejemplo de esto es la esterilidad que para algunas personas puede ser algo que no es bueno tener, mientras que otras personas se esterilizan, incluso, de manera voluntaria. El juicio sobre el carácter dañino de algo no puede generalizarse, más bien, por el contrario, está sujeto a la valoración de cada caso particular. Adicionalmente, señala Cooper, se da el caso en el que una persona o un grupo carezcan de la información pertinente para reconocer y juzgar si una condición es o no algo dañino. Pone como ejemplo el caso de un grupo étnico de Sudamérica en el que se valoran

estética y simbólicamente las manchas en la piel, resultado de la *espiroquetosisdiscrómica*, pero ignoran que dichas manchas pueden producir la muerte. A nivel individual es posible también que no se tenga la información o incluso la capacidad para valorar adecuadamente si algo que es bueno o malo es también una enfermedad, simplemente porque muchas personas son incompetentes para juzgar la calidad de sus estados físicos o mentales. (Cooper, 2005:25)

Sobre el problema de la evaluación del carácter dañino de una condición, Cooper se decide en su propuesta por las intuiciones cotidianas sobre lo que es una condición no deseable, y propone considerar en lo individual si una condición es una enfermedad o no (Cooper, 2005:24-25). Para que no se juzgue como relativista su postura, la autora distinguirá en este punto, entre las enfermedades como categorías nosológicas con un estatus científico y por lo tanto generalizables, y los enfermos, a quienes se diagnostica dentro de una categoría nosológica. Los enfermos, sostiene, toman decisiones individuales (Cooper, 2005:26), con lo cual unos vivenciarán algún trastorno y otros no, por ejemplo, refiere la autora, habrá quienes experimenten la homosexualidad o la esterilidad como un problema de salud, mientras otros no. Respecto de su segundo criterio, *que la persona sea desafortunada*, Cooper, (2005) utiliza la idea de los mundos posibles para explicar en qué sentido se consideraría que una determinada condición hace de alguien una persona desafortunada. Esta noción de los mundos posibles la utiliza Cooper para diferenciarse de otras propuestas que postulan la misma condición, pero evaluando el infortunio desde un punto de vista estadístico, es decir, como una condición o situación estadísticamente poco frecuente. Por su parte, la idea de los mundos posibles le permite sugerir un marco de referencia distinto para evaluar el infortunio, esto es, siempre y cuando haya posibilidades de acceso a mejores condiciones de aquellas que de hecho tiene la persona, entonces se puede juzgar que sus circunstancias presentes la hacen desafortunada. El problema con esta idea de Cooper es que no establece cuales son los parámetros para determinar esos otros mundos posibles sobre los cuales se evaluaría si la persona es desafortunada o no. (Cooper, 2005:30) En relación con su tercer criterio, el cual establece que algo es una enfermedad si además de lo ya expuesto es *potencialmente tratable médicamente*, Cooper (2005) habla de una distinción sociológica, con la que propone diferenciar las posibilidades técnicas o tecnológicas de la medicina de las posibilidades socialmente aceptables. Por ejemplo, habrá

condiciones sobre las que pueda intervenir farmacéutica o quirúrgicamente, sin que ello sea aceptable. Tal podría ser el caso de la aplicación de terapia electroconvulsiva sobre disidentes políticos, como parte de una práctica para inhibir sus “conductas molestas”. Dado el riesgo de las posibilidades técnicas de la medicina, Cooper intenta evitar prácticas de dominación al proponer que las condiciones sean socialmente aceptables y médicamente tratables.

Un elemento común de todas las posturas normativistas acerca del concepto de enfermedad, es que buscan hacer hincapié en que el elemento común a todas aquellas condiciones que se diagnóstica como enfermedad no es alguna clase de disfunción, lesión, o anomalía biológica, sino que todas ellas son condiciones juzgadas como anormales o dañinas desde una esfera normativa. La particularidad del análisis crítico de Cooper (2005) es que busca identificar los elementos normativos centrales para proponer una definición en estos términos. Sin embargo, parece que el planteamiento de una definición de enfermedad en términos puramente normativos, inevitablemente corre el riesgo de permitir cualquier cantidad de contraejemplos de condiciones o situaciones que no son enfermedades mentales y que al mismo tiempo satisfagan los criterios propuestos. O por el contrario, dejan fuera condiciones que son enfermedades, pues no cumplen con uno o más de los criterios propuestos. Por ejemplo, Cooper afirma que un conjunto de personas pueden tener esquizofrenia y no todas ellas estar enfermas, si y solo si, para algunas de estas personas tener esquizofrenia representa algo positivo. Esta afirmación de Cooper podría extenderse a aquellas personas que disfrutan desplegar rasgos conductuales propios de la pedofilia, el narcisismo o la psicopatía, pues tales rasgos sólo representan un trastorno en la medida en que el sujeto lo decida como tal (Cooper, 2005:27-28). No obstante, con esta aserción Cooper se contradice pues, como ella misma señala, bien puede haber sujetos que sean incompetentes para juzgar sus propios estados físicos o mentales.

Hasta aquí hemos presentado brevemente un panorama de las definiciones de enfermedad basadas únicamente en criterios objetivos o criterios normativos, exponiendo los problemas que cada uno de estos criterios tiene si no se considera su contraparte. De manera muy sintética podemos decir de una propuesta como la de Boorse aunque tiene elementos rescatables, es problemática pues no todo lo que se desempeña por debajo de su eficiencia

típica es una enfermedad, si no el daño que puede sufrir un organismo no se reduce a su capacidad de reproducción y supervivencia, como lo plantea su propuesta. En caso de Cooper 2005), sucede lo contrario, no todo lo que es infravalorado, desafortunado, dañino o médicamente tratable, es una enfermedad. En ambos casos parece haber una carencia de acotaciones necesarias para impedir que los criterios sean sumamente restringidos, lo cual deja fuera condiciones que son enfermedades, o sumamente flexibles, de manera tal que caiga en ese conjunto un amplio espectro de condiciones que no son enfermedades.

A continuación se presenta la propuesta híbrida de Jerome Wakefield, quien reconoce, tras una análisis del concepto *enfermedad*, que este implica necesariamente ambos tipos de criterios, es decir, tanto objetivos como normativos. Fundamentalmente, Wakefield centrará su propuesta en discutir el marco teórico para definir su criterio objetivo de disfunción, y en menor medida, se centrará en el criterio normativo de daño.

2.5. Teorías híbridas. Jerome Wakefield: disfunción y daño

2.5.1 La Crítica de Wakefield al concepto de enfermedad mental en el DSM-III

Antes de presentar la propuesta de Wakefield, merece atenderse el análisis crítico que hace a la definición de “enfermedad mental” incluida en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales*, pues su propuesta está planteada como una alternativa frente a la ambigüedad de la definición que la *Asociación Psiquiátrica Americana* (APA) incluye en la tercera edición de su manual en 1980. Anteriormente, entre 1952 y 1980, la APA elaboró y revisó su clasificación sin preocuparse por ofrecer una definición de este concepto, pues la postura era que el concepto *enfermedad mental* no merecía una definición particular, distinta del concepto *enfermedad* utilizado en el resto de las disciplinas médicas.

Durante la década de 1970 hubo dos movimientos que ejercieron una presión considerable sobre la APA para que incluyera una definición de enfermedad mental. El primero fue el movimiento anti-psiquiatra, liderado entre otros, por Thomas Szasz (1961) autor de *El mito de la enfermedad mental*, uno de los textos más importantes de este movimiento. Szasz sostenía que las enfermedades mentales eran sólo etiquetas evaluativas con las que se buscaba justificar el uso del poder médico y, por lo tanto, el uso del término “enfermedad

mental” era ilegítimo, ya que el concepto “enfermedad” se refiere exclusivamente a “lesiones” en la estructura anatómica del organismo. Algo que hasta el momento, argumentaba Szasz, no había sido confirmado para los llamados “trastornos mentales”. Si bien la APA se había resistido a dar una definición de enfermedad mental bajo el argumento de que no había diferencia entre estas y las enfermedades “físicas”, un argumento como el de Szasz empujó a establecer diferencias entre ambos conceptos y a plantear una definición particular para el campo de la psiquiatría.

Como vimos en el capítulo anterior, los objetivistas o naturalistas buscan un criterio que dé cuenta de aquello que, digámoslo así, viola las leyes de la naturaleza, o se desvía de una norma natural. Si bien el objetivo que persiguen los naturalistas puede ser problemática por lo que implica determinar qué significa desviarse de una ley o norma natural, lo cierto es que la definición de enfermedad de Szasz (1961, 1987), como lesión, está lejos de ser una buena definición, pues la idea de lesión da lugar a distintas interpretaciones, por ejemplo, lesión como una variación anatómica o lesión como un daño en un mecanismo natural.

El segundo movimiento que presionó a la APA fue el de los activistas por los derechos de los homosexuales, quienes lucharon para que se eliminara la homosexualidad del DSM, pues esta condición no es una enfermedad mental. La presión ejercida por este grupo fue tal que incluso irrumpieron en alguna sesión anual de la APA, dejando ver la necesidad de dar una definición que pudiera justificar la inclusión de ciertas categorías en el sistema de clasificación y la exclusión de otras. Receptivo a las exigencias de los activistas por los derechos de los homosexuales, Robert Spitzer, entonces director del comité de revisión del DSM-III¹⁵, propuso una definición en la que, entre otras cosas, se incluía que una condición es un trastorno mental si existen “síntomas que causan sufrimiento o discapacidad en una o más áreas de funcionamiento”, además de asumir que hay algún tipo de “disfunción conductual, psicológica o biológica, y no solo algún tipo de perturbación en la relación entre el individuo y la sociedad” (DSM-III, 1980:6). La definición aportada por Spitzer y su grupo de trabajo (Spitzer y Endicott, 1978; Spitzer y Klein, 1978) fue, en algún sentido, una

¹⁵ El DSM-III define los trastornos mentales como: “a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is typically associated with either a painful symptom (distress) or impairment in one or more important areas of functioning (disability). In addition, there is an inference that there is a behavioral, psychological, or biological dysfunction, and that the disturbance is not only in the relationship between the individual and society.” (DSM-III, 1980:6)

justificación para rectificar y señalar que en efecto la homosexualidad por sí misma no era una enfermedad mental y sólo podría considerarse como tal en aquellos casos en la que ser homosexual causara sufrimiento. Con el criterio de “sufrimiento o daño” que debe provocar una condición para ser considerada enfermedad, se justificó la eliminación de la homosexualidad como trastorno mental, pero se incluyó la categoría de “trastorno de la orientación sexual”, un diagnóstico que acota el trastorno a aquellos casos en los que el ser homosexual hiciera sufrir a la persona por su condición.

La principal crítica que hace Wakefield (1992:380) a la definición incluida en el DSM-III se relaciona en que ésta no introduce un “criterio biológico claro” que permita discernir entre condiciones que son una *disfunción* de algún mecanismo natural (mental o físico), de aquellas condiciones que son una disfunción en términos sociales o normativos. Si bien la definición habla de disfunción en un sentido amplio, e incluye la idea de que algunos síntomas podrían ser resultado de una disfunción biológica, no se especifica en qué sentido una condición es una disfunción biológica, conductual o psicológica. Es muy probable que a partir de los criterios de sufrimiento y discapacidad se pudiera dar un sentido al criterio de disfunción, es decir, algo que no funciona como debiera y por lo tanto causa sufrimiento y discapacidad. No obstante, como lo señala Wakefield, los elementos de la definición propuestos, “sufrimiento” y/o “discapacidad”, solo hacen referencia a “síntomas dolorosos” o a “daño en una o más áreas de funcionamiento”, sin especificar cuál sería el referente para determinar que algo es una disfunción. O si hay algún indicio respecto a qué es una disfunción, tal referente hace alusión a aquellas consecuencias negativas que conducen al tratamiento psiquiátrico, ya sea porque esta causa dolor, discapacidad o alguna desventaja física o social (Spitzer y Endicott, 1978:23).

Wakefield (1992:380) sugerirá que esta nula clarificación del criterio biológico de *disfunción*, no sólo invalida el concepto de trastorno mental del DSM-III (y siguientes ediciones), sino también algunas de las categorías diagnósticas que se derivan de la misma. Es decir, si no está bien establecido qué es un trastorno en un sentido biológico y que sea empíricamente comprobable, cómo saber qué tipo de condiciones deberán incluirse en el sistema de clasificación, y en qué términos deberán definirse las mismas. Si bien Spitzer y Endicott (1978) reconocen la importancia y necesidad de discutir el concepto biológico de

disfunción por las mismas razones que señala Wakefield, su propuesta, no obstante, no terminará de clasificar esta noción, pues sólo alcanzarán a señalar que todo trastorno físico o mental, es una disfunción orgánica (organismic) que causa daño, discapacidad o desventaja. Como veremos más adelante, Wakefield retomará en su análisis estos dos elementos, disfunción y daño, con el objetivo fundamental de discutir el marco teórico más adecuado para hablar del primero.

Cabe mencionar que en el DSM-III-R si bien el concepto sigue siendo el mismo del DSM-III, se agrega un elemento sobre el que Wakefield (1992) hace hincapié en su crítica, y es que el sufrimiento, discapacidad o desventaja que produce una “disfunción (conductual, psicológica o biológica)” es *inesperada*. Es decir, pareciera que con la idea de respuesta inesperada se intenta hacer la distinción entre lo normal y lo patológico; lo primero como una respuesta que es predecible frente a un evento particular (el miedo frente al peligro, el duelo frente a la pérdida), lo segundo como una respuesta que es inesperada o fuera de lo normal (la depresión cuando no hay ningún factor en el contexto de vida de la persona que lo justifique). Wakefield (1992) argumentará que la inclusión de la idea de sufrimiento o discapacidad inesperada sigue siendo un criterio inválido como criterio de demarcación entre enfermedad mental y otras condiciones.

La primera razón que argüirá es que la idea de que una respuesta es inesperada es problemática en términos estadísticos. Si bien hay condiciones que por su frecuencia estadística se consideran normales, por ejemplo, el duelo frente a la pérdida, también hay respuestas que aún cuando son estadísticamente frecuentes, siguen clasificándose (“incorrectamente”) como trastornos. Por ejemplo, parte de la definición de los trastornos de adaptación nos dice que podemos determinar que hay un problema de salud mental si las respuestas emocionales y conductuales frente a un evento de estrés psicosocial se prolongan después de determinado tiempo. Es decir, si se prolongan más allá de lo esperado. ¿Por quién? La crítica de Wakefield es que la evaluación de una respuesta como inesperada se determina en virtud de otros criterios como *intensidad, frecuencia y duración* de la misma; sin embargo, el problema es que tales parámetros se establecen arbitrariamente. Esta primera objeción de Wakefield de por qué la idea de inesperado no es conceptualmente útil, se centra en la arbitrariedad de esta noción, una arbitrariedad que conlleva el riesgo de

confundir “variaciones normales” con desórdenes de la conducta, algo que parece convertirse en un problema recurrente en el DSM.

Una segunda objeción que hace Wakefield a la noción de respuesta “inesperada”, es que las categorías del manual se contradicen con su propia definición. Por ejemplo, el trastorno de estrés postraumático o la depresión anaclítica (ambas categorías postuladas como desórdenes mentales) son respuestas que pueden esperarse de manera natural, en el primer caso, ante un trauma extremo y, en el segundo, ante la falta de contacto físico en la infancia. Tales casos contradicen el criterio de respuesta inesperada. (Wakefield, 1992:381).

Frente a los problemas de validez conceptual que acarrea la definición aportada oficialmente por la APA, y particularmente por Spitzer y Endicott (1978), del concepto *enfermedad mental*, Wakefield se dará a la tarea de clarificar el criterio de disfunción biológica.

2.5.2 La enfermedad como disfunción que causa un daño

Caracterizada por el propio autor como “un enfoque híbrido”, la propuesta de Wakefield (1992, 1999, 2007) pretende conciliar la postura normativista con la postura objetivista al proponer que el concepto de “trastorno mental” involucra aspectos relevantes de ambas. Por una parte, Wakefield señala que este concepto no podría entenderse sin la noción de “disfunción”, proveniente de la postura objetivista y que permite identificar cuándo un mecanismo interno no está produciendo los efectos naturales que corresponden a su historia evolutiva. Sin embargo, Wakefield insiste en que la identificación empírica de las disfunciones de un mecanismo interno respecto de su función natural es insuficiente para capturar plenamente el sentido de la noción de “trastorno”. Esta noción requiere, según el autor, tener en consideración ciertos aspectos de orden cultural que son igualmente determinantes al calificar como “disfuncionales” algunas deficiencias de un mecanismo interno, aspectos estudiados, por otra parte, dentro de la tradición normativista. Así, Wakefield propone que una condición dada corresponde a la noción de “trastorno” si y sólo si: a) la condición causa algún daño o priva de un beneficio a la persona, de acuerdo con

ciertos estándares culturales (criterio evaluativo), y b) la condición resulta de la incapacidad de un mecanismo mental para realizar su función natural, siendo esta función natural un efecto que forma parte de la explicación evolutiva de la existencia y estructura del mecanismo mental (criterio explicativo) (Wakefield, 1992:384).

Según afirma Wakefield (1992, 1999), su análisis del concepto de enfermedad toma como punto de partida las intuiciones populares que médicos y legos tenían desde la antigüedad sobre tales condiciones. Las ideas centrales de estas intuiciones eran las de diseño y propósito que subyacían de manera misteriosa a órganos y sistemas del organismo, además de la intuición de que el fallo en el cumplimiento del propósito para el cual habían sido diseñados era lo que provocaba daños en el bienestar físico o mental de las personas. Wakefield alude a este análisis histórico y nominalista del concepto de enfermedad en el que identifica concepciones populares afines a la teoría evolutiva, a fin de establecer una continuidad entre las ideas que naturalmente han surgido en contextos no especializados acerca de las enfermedades en términos de diseño, teleología y función, y los principios que la teoría evolutiva aportó, dándole a todas estas intuiciones un giro científico y, por lo tanto, una explicación razonable en términos de selección, adaptación, supervivencia y funciones naturales. A partir de este análisis el objetivo es mostrar el vínculo conceptual entre enfermedad y fallo en la operación de un mecanismo de acuerdo al diseño para el que fue creado, en donde la idea subyacente de función natural precede al desarrollo de la teoría evolutiva, y por ende, a la noción evolutiva de función, lo que al parecer le permite justificar la existencia de una relación casi indiscutible entre enfermedad y disfunción (Wakefield, 1999: 374).

La adhesión a una noción de función natural en el sentido de un mecanismo diseñado para un efecto en particular, lleva a Wakefield (2002) a adoptar la teoría evolutiva como la perspectiva científica pertinente para dar cuenta de cómo las funciones naturales de un mecanismo explican la existencia y estructura de ese mecanismo. Wakefield habla en este sentido de la función natural de una estructura, como aquella que fue seleccionada naturalmente debido a que incrementó la adecuación (fitness) de esos organismos a su medioambiente. Entender los efectos relevantes de un rasgo en términos de la mejor adecuación que permite frente a otros rasgos competidores, será el aporte explicativo de la

noción evolutiva de función, pues establece las causas de la presencia de tales estructuras en los organismos actuales de esa población. Esta relación explicativa entre los efectos que permiten una mejor adecuación y la idea de función natural, según Wakefield, aporta claridad respecto a los referentes empíricos que permiten, por un lado, identificar la función natural de un rasgo, y por el otro, distinguir verdaderas enfermedades de otras condiciones que no lo son, siempre y cuando se tome como referencia el déficit o fallo en una función natural. El razonamiento de Wakefield es que si toda función natural incrementa la adecuación al medio, este principio daría pauta, sin mayores ambigüedades, a identificar el efecto para el que fue seleccionado y, derivado de ello, identificar el tipo de consecuencias que podría tener el fallo en dicha función natural. (Wakefield, 1999: 375).

De acuerdo con Wakefield (1997), el tipo de análisis histórico que se hace en la biología para atribuir una función natural a un rasgo físico bien puede trasladarse a la psiquiatría, es decir, a la identificación de las funciones naturales de los mecanismos mentales (cognitivos, emocionales, conductuales) involucrados en la explicación de las enfermedades mentales. Para Wakefield, entonces, la noción evolutiva de función y el marco explicativo que aporta es un escenario suficientemente amplio y robusto como para hacer entrar allí diferentes perspectivas que, en principio, podrían verse como excluyentes. Tal es el caso de las teorías del desarrollo de la psicología cognitiva. A partir de una explicación filogenética sobre la fijación de ciertos rasgos, el autor vinculará la perspectiva evolucionista de disfunción y la perspectiva de desarrollo para afirmar que la fijación de tales rasgos es resultado de un “diseño evolutivo” cuyo objetivo es llevar a cabo las funciones de desarrollo necesarias para la adecuación de una especie o población. De tal manera que el fallo en el desarrollo de un rasgo, si es dañino, será también un trastorno. Wakefield incluye en su criterio de disfunción la perspectiva de desarrollo con el propósito de proponer un marco teórico que se adecúe tanto a las necesidades de la psicopatología del desarrollo, como a las necesidades de la nosología psiquiátrica encargada de resolver los retos que enfrenta el campo en la clasificación de trastornos mentales. (Wakefield, 1997:277)

Así, Wakefield sostiene que la noción evolutiva de función, es un criterio de demarcación incontrovertible. Esta convicción está planteada desde su primer artículo sobre el tema publicado en 1992, *The Concept of Mental Disorder, On the Boundary Between Biological*

Facts and Social Values, donde afirma que la noción de disfunción evolutiva permite distinguir una lesión, como mera variación de una estructura anatómica, de una lesión, como un trastorno, pues en este último caso la estructura no puede cumplir la función para la que fue diseñada, afectando el bienestar del organismo de una manera dañina (Wakefield, 1992:375). Es decir, para él, la idea de disfunción (fallo de una función natural) es un criterio para discriminar de manera inequívoca entre desviaciones que son sólo lesiones, de lesiones que son trastornos pues, en sentido estricto, sólo el fallo en las funciones naturales altera el bienestar y supervivencia del organismo (Wakefield, 1992:375).

Con el fin de finalizar esta descripción del análisis conceptual de Wakefield sobre el concepto *enfermedad*, es preciso mencionar que su análisis no descarta que los sistemas de clasificación incluyan, y la práctica clínica lidie con, condiciones que no son enfermedades y son condiciones “médicamente tratables”. De hecho, el interés de Wakefield está en la identificación de aquello que desde una perspectiva evolutiva es una enfermedad, lo que podría redundar entre otras cosas en un sistema de clasificación con diagnósticos válidos, es decir, fundados sobre criterios científicos.

Las objeciones a la definición híbrida de Wakefield (año) han abundado. En particular han estado dirigidas al criterio objetivo de disfunción, una noción que retoma de la teoría etiológica de funciones, particularmente de la concepción de funciones propias desarrollada por Ruth Millikan (1975). Esta concepción de función propia, si bien es una de las propuestas más influyentes en filosofía de la biología, presenta algunos problemas, que trasladados al campo de la psiquiatría se agudizan. En el presente trabajo se abordarán tanto las objeciones que enfrentan la propuesta de Millikan y otras propuestas etiológicas en el campo de la biología, como las que han surgido alrededor de la propuesta de Wakefield en relación con el análisis de la enfermedad mental como disfunción que daña.

Varios han sido los problemas que se han señalado respecto del análisis de enfermedad mental en términos de disfunción, o sea, que causa un daño. Algunos de los problemas que constituyen un reto son, entre otros, la identificación de los mecanismos mentales cuyo origen es la selección natural, es decir, que confirieron una ventaja adaptativa a la especie; la identificación de las funciones propias de tales mecanismos, la identificación de

mecanismos evolutivos que son disfuncionales y causan daño o discapacidad. Estos problemas serán abordados con mayor detenimiento en el siguiente capítulo, al mismo tiempo que se evaluará si la concepción etiológica de función biológica es la más apropiada como criterio objetivo para la definición de enfermedad mental.

2.6. Consideraciones finales

Una diferencia importante entre las perspectivas objetivistas y normativas de enfermedad que se han presentado hasta aquí, es el interés de las primeras por elucidar los criterios necesarios para definir qué es una enfermedad y distinguirla de otras condiciones “~~médicamente tratables~~”. Los normativistas en general, a diferencia de Cooper (2005), no han buscado definir el concepto *enfermedad*, sino hacer un análisis crítico frente a un concepto que consideran determinado por juicios de valor y vacío de sustento empírico, y cuya lógica es tratar y controlar médicamente anomalías físicas o psicológicas. De esta manera, mientras los normativistas dejan abierta la noción de enfermedad a la variabilidad de contextos sociales e históricos, los objetivistas, en una lógica opuesta, buscan una perspectiva teórica que permita articular una noción que de manera general o universal, dé cuenta qué tipo de estados o procesos anuncian que un organismo está enfermo y qué consecuencias tiene.

En el contexto de las posturas normativas, el movimiento llamado anti-psiquiatría, el cual tuvo lugar en la segunda mitad del siglo XX, no han sido abordados aquí pues si bien es una corriente relevante desde una perspectiva más sociológica, no es una perspectiva que sea relevante en el contexto particular de la dirección que se pretende tomar en este trabajo. La anti-psiquiatría fue un movimiento radical que negó la validez de cualquier diagnóstico psiquiátrico argumentando, como en el caso de Thomas Szasz (1960), que las enfermedades mentales son un mito producto del interés por el control y la alienación de los individuos. O como lo señalaba Ronald Laing (1967), que los trastornos mentales en realidad son reacciones adaptativas frente a una sociedad llena de reglas y restricciones. Si bien la postura que se toma en este trabajo es una postura crítica frente a la clasificación de los trastornos mentales, el objetivo es hacer un análisis epistemológico de los supuestos que

subyacen tanto al concepto de enfermedad, como a las estrategias de clasificación de los trastornos mentales que han seguido los principales sistemas de clasificación.

Por otro lado, cabe mencionar que coincidimos con Wakefield (1992, 1999, 2002, 2007) que el criterio normativo de daño es imprescindible para acotar la definición de enfermedad, no obstante, en este trabajo nos concentraremos de manera exclusiva en el criterio objetivo de disfunción biológica, sin que ello implique que el primero es innecesario. En vista de este interés por el criterio objetivo de disfunción, nos proponemos ahora sintetizar muy brevemente algunos puntos importantes de lo que hemos visto hasta aquí con el fin de definir la postura adoptada.

Como vimos, Scadding (1967), Kendell (1975) y Boorse (1975) son los primeros en plantear el marco de la teoría evolutiva como el más adecuado para definir qué es una enfermedad, y desde éste, proponer una categoría teórica pertinente que describa el tipo de estados y/o procesos biológicos que caracterizan una enfermedad. Estos esfuerzos, como hemos visto, transitan de una noción amplia de desventaja biológica, propuesta inicialmente por Scadding, hasta la clarificación de esta idea en el concepto de disfunción, propuesto por Boorse y retomado posteriormente por Wakefield, aunque con una lectura distinta de la teoría evolutiva de funciones. El objetivo común de todos estos autores al adoptar la teoría evolutiva de funciones es introducir, desde un enfoque naturalista, un componente normativo que parece necesario integrar al concepto *enfermedad*. Como veremos en el siguiente capítulo, la perspectiva evolutiva del concepto *función biológica*, enmarcada en la llamada teoría etiológica de funciones, conlleva dicho componente normativo, pues la función atribuida a un rasgo es la tarea que “debe” desempeñar de acuerdo con su origen. El desempeño deficitario de dicha función implicaría, por lo tanto, un distanciamiento de su naturaleza, es decir, una “anormalidad biológica” la cual se expresa, para Boorse, afectando la reproducción y supervivencia y, para Wakefield (año), causando discapacidad o sufrimiento.

Una diferencia importante entre Boorse (1977) y Wakefield (1992) es su punto de partida. A saber, Boorse explícita su interés por hacer un análisis del concepto *enfermedad* como un concepto teórico, mientras que a Wakefield le interesa hacer un análisis del mismo concepto, pero como concepto práctico, es decir, como el concepto *enfermedad* es utilizado

tanto por médicos como por legos. Podríamos asociar esta diferencia de intereses con el reconocimiento que hace Wakefield sobre la relevancia del criterio normativo de daño como un componente que está presente en el uso del concepto y que, además, está asociado con algo que afecta a las personas tanto en su experiencia del mundo (sufrimiento), como en su desempeño en el mundo (discapacidad). Mientras que Boorse, quien se centra en los aspectos teóricos del concepto, mantendrá toda su discusión en la esfera de cómo se desempeñan los organismos y cómo un desempeño deficitario afecta los ideales de tales organismos, afectando su adecuación al medio, y por lo tanto, su reproducción y supervivencia. Wakefield objetará esta lectura particular que Boorse hace al sostener que la reproducción y la supervivencia es un objetivo de la especie como grupo, no de los organismos en lo individual.

Una precisión que introduce Wakefield (año) con su propuesta híbrida, es que no toda “disfunción” o desempeño deficitario de un rasgo conlleva el riesgo de una enfermedad, es decir, no toda disfunción causa un daño a los organismos ni a las personas. Si bien Boorse (año) no niega el daño que causan las enfermedades a las personas, lo que hace es transferir esa discusión a otro concepto, el de padecimiento o *illness*, mismo que reconoce, al igual que Wakefield, como perteneciente al ámbito práctico. No obstante, la intención de Boorse es proponer una definición universal de enfermedad que incluso pueda aplicarse a otras especies animales, acotando su análisis al ámbito de lo que busca cualquier organismo vivo en relación con su medioambiente. Con todo, la noción de daño es más amplia, en el sentido de referirse al desempeño del individuo en su contexto y no a su desempeño exclusivo como organismo biológico.

El análisis sobre el concepto *enfermedad* como cualquier estado sub-óptimo del organismo (independientemente de que cause malestar o daño), conlleva a una noción idealizada del concepto de salud como una clase de estado en la que todos los rasgos del organismo se desempeñan de manera óptima respecto de su función típica, produciendo una exitosa adecuación biológica. Ereshefsky (2009) objetará que esta concepción de Boorse (1975) en realidad empaña su supuesto naturalismo, pues la idea de adecuación biológica en el fondo está asociada con valores éticos y de bienestar. Pensar que el organismo busca ante todo su adecuación biológica al medio es un ideal teórico, no de la naturaleza. Una segunda crítica,

pero también una toma de postura de Ereshefsky (2009:226) a este respecto, es que debe mantenerse una distinción entre una “descripción de estados” y “afirmaciones normativas”. En otras palabras, reconoce que las afirmaciones normativas son necesarias para distinguir lo normal de lo patológico, pero no está de acuerdo en que éstas sean necesarias para hablar de la clase de estados que son objeto de las ciencias médicas; defendiendo, por ende, una noción neutral, descriptiva, no normativa, la cual incluso implica no hablar siquiera de los conceptos opuestos salud/enfermedad. Su propuesta es que cuando se describa un estado fisiológico o psicológico evite utilizarse cualquier tipo de lenguaje normativo, como normal, natural, incluso los términos función y disfunción, dado que la distinción función-disfunción es controversial, y la adscripción de funciones en las ciencias médicas también conlleva presupuestos normativos, por eso opta por la distinguir entre “descripción de estados” y “afirmaciones normativas” pues, según sostiene, esta distinción puede ser útil para destrabar casos médicos controversiales, por ejemplo, la sordera que, desde cierta descripción, es sólo un caso de variabilidad biológica y no una “disfunción”.

Ereshefsky (2009) podría tener razón en que lo mejor es distinguir descripciones de estados y afirmaciones normativas, y dejar de lados los conceptos normal, anormal, función, disfunción, salud, enfermedad, si el objetivo de las ciencias médicas fuera simplemente descriptivo, es decir, si sólo se interesará por conocer cómo opera cada órgano o sistema del organismo. Sin embargo, el objetivo de las ciencias médicas es conocer y entender no sólo como funciona cada rasgo del organismo, sino cuando falla, porqué falla o cómo puede fallar, a fin de detener o restaurar un estado o proceso que se haya distanciado de su funcionamiento normal. Es decir, conceptos como normal/anormal, función/disfunción, etcétera, son relevantes en las disciplinas médicas a fin de distinguir en un *continuum* cuándo los estados o procesos de un organismo son susceptibles de causar daño, sufrimiento o discapacidad a las personas.

CAPÍTULO 3.-

La teoría etiológica de funciones

Resumen y objetivos de capítulo

En este tercer capítulo se expone la teoría etiológica de funciones, perspectiva en la cual se apoya Jerome Wakefield (1992, 1997, 1999, 2007) para enmarcar su criterio objetivo de disfunción en el concepto *enfermedad mental*. Recordemos que uno de los intereses centrales de Wakefield al proponer una definición de enfermedad mental como disfunción que causa un daño, es establecer de la manera más clara posible a qué nos referimos cuando hablamos de una “disfunción”, para lo cual resulta indispensable entender de qué hablamos cuando nos referimos en las ciencias biológicas a una función biológica. Suscribimos con Wakefield la necesidad de clarificar dicho concepto, aunque no necesariamente coincidimos con él en que la teoría etiológica o histórica de funciones sea la más pertinente para el caso particular de la psiquiatría. Antes de objetar la pertinencia de la propuesta de Wakefield, por las limitaciones y problemas a los que nos enfrenta, consideramos que es preciso presentar dicha teoría y exponer de manera puntual algunos de los problemas que tiene en relación al concepto de enfermedad mental.

En primer lugar, se expone de manera breve y a manera de contexto, la propuesta de Larry Wright (1973) para quien la atribución de función a un rasgo es una actividad intrínsecamente explicativa que alude a las causas antecedentes, en particular, al origen. La formulación de Wright deja abierto un problema importante, denominado el problema de la circularidad, mismo que surge al intentar explicar las causas antecedentes del rasgo, por los efectos que se atribuyen al mismo como su función. Por ejemplo, bombear sangre es la función que se atribuye al corazón, y el que esa sea su función explica su origen. Un problema adicional que deja abierto Wright, es que no establece qué tipo de propiedades deben poseer los *efectos* que son susceptibles de caracterizarse funcionalmente, de tal manera que puedan distinguirse de efectos accidentales. Siguiendo con el ejemplo del corazón, ¿cómo podríamos distinguir si la función del corazón es bombear sangre o el

sonido rítmico que producen sus latidos? En respuesta a preguntas de este tipo que quedan abiertas, Ruth Millikan (1989, 1999) propondrá la noción de “función propia”, concepto enmarcado en la teoría evolutiva, a partir del cual será posible determinar los parámetros para identificar el tipo de efectos susceptibles de caracterizarse funcionalmente.

La revisión de la teoría etiológica de funciones en este capítulo nos permitirá conocer los criterios que fueron propuestos primero por Wright y luego por Millikan para atribuir una función a un rasgo biológico, así como los problemas que intentaron resolver ambos autores en relación con la noción de función, las dificultades que quedaron abiertas en cada propuesta y las implicaciones que esto tiene para tipificar el concepto *enfermedad mental* como disfunción que causa daño.

3.1. Introducción

Como vimos en el capítulo anterior, Wakefield (año) apoya su análisis híbrido del concepto *enfermedad mental*, como disfunción que daña, en una concepción evolutiva de funciones llamada “teoría etiológica”. Recordemos además que este trabajo de Wakefield es una respuesta crítica y propositiva a la primera definición oficial de enfermedad mental publicada por la APA en la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM-III) publicado en 1980¹⁶. Esta primera definición oficial, fue calificada como una definición operativa necesaria para responder a las exigencias de varios grupos que cuestionaban el carácter científico y objetivo de los diagnósticos psiquiátricos. El problema central que Wakefield (año) objeta de esta definición es la falta de un *criterio biológico* claro de disfunción que permita discriminar condiciones que son enfermedades mentales de aquellas que son médicamente tratables o, incluso, de aquellas que son anomalías desde una perspectiva exclusivamente normativa. Con esta motivación

¹⁶ Como vimos en el capítulo anterior, en esta tercera edición la APA estipula que: “In DSM-III each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is typically associated with either a painful symptom (distress) or impairment in one or more important areas of functioning (disability). In addition, there is an inference that there is a behavioral, psychological, or biological dysfunction, and that the disturbance is not only in the relationship between the individual and society. (When the disturbance is limited to a conflict between an individual and society, this may represent social deviance, which may or may not be commendable, but is not by itself a mental disorder.)” (APA, 1980:6)

el autor recurre a la teoría de funciones propias de Millikan con el fin de enmarcar el criterio objetivo de disfunción en su definición híbrida.

El concepto *función* ha sido y sigue siendo una categoría explicativa central no sólo en las ciencias biológicas, entre las que incluimos a la medicina, sino también en las ciencias sociales. No obstante, este concepto involucra una dimensión teleológica y una dimensión normativa que resulta problemática cuando se trata de la explicación científica de fenómenos naturales. Siendo tan importante el concepto *función* en términos explicativos, una tarea de la filosofía de la ciencia ha sido darle un giro a ambas dimensiones, naturalizando cada una de ellas. Así, por un lado, la dimensión teleológica de una explicación funcional implica que se justifique la existencia de un rasgo por los efectos que este tiene, de tal manera que pareciera que algo existe porque tiene una finalidad, un tipo de conclusión que resulta inadmisibles para ciertas disciplinas científicas como la biología, no así para las ciencias sociales pues, por ejemplo, es perfectamente admisible afirmar que una institución existe porque tiene cierta finalidad. Por el otro lado, en cuanto a la dimensión normativa, ésta se deriva en algún sentido de la primera, pues si la existencia de un rasgo biológico se explica por los efectos que éste tiene en su adecuación al medio, entonces su desempeño “natural” (normal, adecuado) debe ajustarse a los efectos que son su razón de existir.

En este trabajo abordaremos dos de las principales teorías de funciones que buscaron establecer los criterios para la atribución de funciones en el contexto de las ciencias biológicas, al mismo tiempo que buscaron naturalizar las dimensiones teleológica y normativa que hemos referido. La primera de ellas es la teoría etiológica o histórica de funciones y la segunda, la teoría sistémica de funciones. En este capítulo nos concentraremos en la teoría etiológica o histórica y en el siguiente en la teoría sistémica a fin de evaluar cuál de las dos es el marco teórico más pertinente para pensar el criterio objetivo de disfunción en relación al concepto *enfermedad*. La teoría etiológica de Millikan (1989, 1999), propuesta en la que nos centraremos pues es la que Wakefield (año) retoma, busca responder la pregunta sobre cómo un determinado rasgo se fijó en una determinada población de organismos, y cómo llegó a ser preponderante por sobre otros rasgos similares. A este enfoque se le conoce también como enfoque histórico, pues la atribución

de funciones se justifica en virtud de aquello que dio origen a un rasgo biológico en una población y contexto determinado. El análisis sistémico de Robert Cummins (1975) en cambio, centra su interés en lo que de hecho hace un rasgo y cómo contribuye con eso al desempeño de algo más grande. El análisis sistémico busca explicar, no el origen de un rasgo o artefacto, sino la contribución efectiva que éste tiene dentro de un sistema más amplio y la manera como se relaciona con otros elementos de ese sistema.

Teniendo en consideración estas dos perspectivas teóricas sobre la noción de función biológica, parece indispensable que la evaluación del criterio objetivo de disfunción biológica para definir enfermedad mental parta de la revisión y análisis de ambas perspectivas, y de las ventajas y limitaciones que cada una interpone a la definición que nos interesa. La revisión y análisis de cada una de estas perspectivas tiene así dos objetivos: (i) evaluar si el concepto de disfunción biológica captura adecuadamente las propiedades o características del substrato biológico de la psicopatología humana y, (ii) tomar una postura frente a ambas alternativas y decidir cuál es la alternativa teórica y empíricamente más viable para caracterizar biológicamente las enfermedades mentales.

La exposición de la teoría etiológica de Ruth Millikan se basará en dos trabajos, *In Defense of Proper Functions*, publicado en 1989 y *Biofunctions. Two Paradigms*, publicado en 1999. En estos dos trabajos Millikan propone una definición teórica o técnica de la noción de “funciones propias” con el propósito de describir y establecer en el marco de la teoría evolutiva el tipo de fenómenos y procesos que se explican bajo la noción de función, así como los criterios teóricos y empíricos para identificar las estructuras y procesos a los que puede atribuirse funciones.

En el siguiente capítulo se abordará la teoría sistémica de Robert Cummins, elaborada en su artículo *Functional Analysis*, publicado en 1975 y en el trabajo de Cummins y Roth (2010), como una propuesta dirigida a superar las limitaciones explicativas de las nociones etiológicas de función cuyo principal problema es la circularidad de su estrategia explicativa, que pretende explicar la existencia de un rasgo a partir de las ventajas adaptativas que ciertos efectos le confirieron en el pasado. El propósito de Cummins es hacer ver el rol que ha jugado el análisis sistémico de funciones en la ciencia, y la innecesaria referencia al pasado y origen de un rasgo para justificar la atribución de una

función a un rasgo, poniendo en el centro de la explicación qué es lo que éste aporta al desempeño de un sistema.

A continuación comenzamos con un breve apartado sobre el primer planteamiento de Wright de 1973 y los problemas que esta formulación conlleva, para continuar en el siguiente apartado con la propuesta de Millikan y la manera en que supera los problemas del primero.

3.2. Teoría etiológica de funciones

De manera general, la teoría etiológica pretende dar cuenta de la atribución de función a un rasgo dado como una respuesta a la pregunta ¿por qué cierta entidad/rasgo/mecanismo/proceso, identificado como funcional, está presente en un organismo? La versión general propuesta para responder a esta pregunta, fue formulada por Wright (1973), para quien la atribución de función es una actividad intrínsecamente explicativa que alude a las causas antecedentes. En particular, al origen del rasgo o estructura. Esta versión general es como sigue: la función de X es Y si y sólo si (i) Y es una consecuencia (resultado) de que X esté ahí, y (ii) X está ahí porque hace Y .

Un aspecto particular de esta formulación, que hace de las explicaciones funcionales un tipo de explicación causal no ordinaria, es que al tiempo que pretende dar cuenta de las causas antecedentes que dan origen al rasgo biológico en realidad busca referir al o los efectos que tienen lugar en el momento del origen del rasgo. En este caso, Z es tanto la causa antecedente que da origen al rasgo como el efecto relevante que tiene lugar en el momento del origen del rasgo. Esta circularidad en la formulación de las explicaciones funcionales etiológicas es un problema que será ampliamente señalado por los críticos de esta teoría, particularmente por Cummins (1975), quien sobre la base de éste y otros problemas desarrollará una propuesta distinta.

Adicional al problema de la circularidad de la formulación etiológica, otro problema que deja abierto Wright (1973) es ¿cómo limitar el rango de X y Y que debe caracterizarse funcionalmente? En particular, ¿cómo limitar el rango de efectos relevantes para distinguirlos de los efectos accidentales?, de tal manera que la alusión a funciones no sea

explicativamente vacua. Con esta pregunta se asume que una de las tareas más importantes de la teoría etiológica de las funciones es discriminar entre los efectos accidentales de un rasgo y los efectos relevantes a los que se les atribuye el estatus de función, es decir, aquello para lo que está hecho el rasgo o aquello por lo que existe. Esta distinción es importante pues no todos los efectos que despliega un rasgo son relevantes para *justificar su existencia*, lo cual significa que la teoría etiológica no da cuenta de una explicación causal ordinaria, sino de una explicación con una restricción importante, a saber, explicar la existencia de algo. Un ejemplo clásico que se utiliza para acentuar la importancia de esta discriminación, es la del corazón: la función del corazón es bombear la sangre, para ello el corazón existe, aunque podemos observar otros efectos secundarios como el sonido que producen los latidos del corazón, efecto que hoy en día es examinado en la práctica clínica para identificar el estado del mismo. Aun embargo, no queda claro en virtud de qué criterio se puede afirmar que la función del corazón es bombear la sangre y no producir el sonido que acompaña los latidos del corazón. La concepción etiológica resuelve este tipo de problema con el apoyo de dos categorías teóricas: la noción de adaptación y la de selección natural, ambas procedentes de la teoría evolutiva.

Si lo que interesa es resolver la cuestión de por qué un rasgo está ahí, y a partir de esto atribuirle función y con ello explicar su presencia, un camino para resolverlo es postular como criterio central la historia de dicho rasgo a partir de sus ventajas adaptativas. Esto es, ¿qué es lo que permitió en tiempos ancestrales que un rasgo se fijara en una población?, quizás incluso estando en competencia con otros rasgos, o dicho de otra manera, ¿qué efectos tuvo al dotar de mayores posibilidades de reproducción y supervivencia a los organismos de una población, frente a otra que no poseía ese mismo rasgo? Está claro que en el ejemplo del corazón, el beat del sonido de éste no parece haber tenido efecto relevante sobre la supervivencia de una población en un medioambiente ancestral, aun cuando hoy en día la posibilidad de hacer un diagnóstico médico a partir del beat del sonido del corazón permita salvar la vida de un individuo. Lo mismo se muestra con otro ejemplo también muy socorrido para mostrar la diferencia entre un efecto secundario y una función, el de la nariz. La nariz es una estructura cuya función es calentar y filtrar el aire que entra al organismo, aunque un “uso” secundario, resultado de su forma y su ubicación en la cara debajo de los ojos, sea sostener los anteojos.

La contribución de Millikan (1984, 1989) es muy importante, pues a partir de su noción de “funciones propias” establecerá los criterios para restringir la clase de cosas que son X y Y (Godfrey-Smith, 1994:345). La alusión a la función de un rasgo consistirá, para este momento posterior a Wright (1973), en la identificación de un proceso *causal histórico* en el que *la función* se entienda como el *efecto* por el cual los predecesores del mismo tipo de rasgo han sido elegidos por la *selección natural*. La naturalización de la dimensión teleológica se presenta en Millikan, como una consecuencia del concepto de *predecesor*, pues la existencia de un rasgo determinado es consecuencia de los efectos producidos por los predecesores del mismo rasgo. A partir de la solución esgrimida por Millikan, decir que un rasgo X tiene una función Y , significará que: (1) X produce o causa Y ; y que (2) X está ahí (en Z), porque la selección natural premió la realización de Y en las formas ancestrales de Z (Caponi, 2010:74).

A continuación se presenta de manera más detallada las condiciones que impone la atribución de funciones propias en Millikan, a fin de evaluar posteriormente las implicaciones que estas condiciones tienen para el campo de la psiquiatría.

3.3. Ruth Millikan: selección natural y funciones propias

La noción de función propia de Millikan, elaborada inicialmente en 1984 en su libro *Language, Thought, and Other Biological Categories*, es un intento por perfilar un término técnico capaz de resolver los problemas que han arrastrado nociones como propósito u objetivo, y que en el lenguaje ordinario aluden a un agente intencional e inteligente. Con el objeto de depurar esta noción de sus acepciones en el uso ordinario, y proponer en su lugar un término adecuado a las ciencias biológicas y cognitivas, en su artículo *In Defense of Proper Functions*, Millikan (1989) se da a la tarea de establecer una serie de condiciones de aplicación para su noción de función propia: para que un ítem A , tenga una función F como “función propia”, es necesario (y cercanamente suficiente) que las siguientes condiciones se cumplan (1) que A se haya originado como una “reproducción” de un ítem o ítems anteriores (u originales), y que debido en parte a las propiedades de reproducción

haya realizado F en el pasado, y (2) A existe por la realización de ésta, como causalidad histórica. (Millikan, 1989:295)

Un primer aspecto importante y definitorio de la categoría de función propia será su carácter histórico, lo que significa que el peso de su explicación estará en aquello que un rasgo hizo en el origen, y no en las propiedades o propensiones que éste pudiera tener en el presente. Este carácter histórico es resultado del giro naturalista con el que se propone resolver el estigma de la dimensión teleológica, de la que supuestamente “adolece” el concepto de función anterior a las posturas etiológicas. La introducción de este carácter histórico responde a la necesidad de reemplazar la idea del origen de un rasgo como consecuencia de un diseño intencional por parte de un agente, por la de un origen que tiene lugar a partir de un proceso biológico en términos de adaptación y selección natural. Con el criterio de selección natural, Millikan (año) no sólo responde de manera específica a la pregunta por el origen, además establece la condición fundamental para discriminar los efectos accidentales de aquellos efectos relevantes que permitieron que un rasgo se fijara en la población a la que el organismo pertenece, en virtud de las ventajas adaptativas que ese efecto procuró a esa población en un medioambiente ancestral.

Con el objeto de detallar de manera más precisa las condiciones en las que podemos hablar justificadamente de funciones propias, Millikan (año) introduce la idea de “familias establecidas reproductivamente” con la cual, se puede entender, intenta fijar el espacio teórico donde se ubican miembros de una clase similar con una historia causal común, es decir, una historia de selección natural común. La manera de especificar la similitud entre dos miembros de una clase de familia será bajo el término “reproducción/replicación”, con el cual se define que un individuo B es una réplica de un individuo A si y solo si (1) B tiene en común determinadas propiedades $p1, p2, p3$, etcétera con A y (2) se satisface, y consiste en que A y B tienen en común las propiedades $p1, p2, p3$, etcétera, y pueden ser explicadas por una ley natural o leyes operativas, en las que tales leyes satisfacen (3). Así, (3) establece que para cada propiedad $p1, p2, p3$, etcétera, las leyes *in situ* que explican por qué B es como A con respecto a p , son leyes que correlacionan un rango específico de determinantes bajo una determinada ley bajo la cual cae p , tal que cualquier determinante que caracterice A debe también caracterizar B , y la dirección de causalidad es directa de A

hacia *B*. Respecto de las leyes *in situ*, éstas se refieren a un tipo especial de leyes que pueden derivarse de otras leyes naturales universales, más la especificación de las condiciones presentes en el contexto. En este caso, la condiciones en que se reproduce *B*.

Posteriormente, Millikan (año) explicita una clasificación de las familias establecidas reproductivamente, a saber, las de orden inferior y las de orden superior. Las segundas, las cuales son relevantes para el campo de la biología y las ciencias cognitivas, tienen dos sentidos: (1) “cualquier conjunto de ítems similares producidos por miembros de la misma familia establecida reproductivamente, cuando es una *función propia* de la familia producir tales ítems y todos estos se producen de acuerdo con una *explicación Normal*”; y (2) “cualquier conjunto de ítems similares *producidos por un mismo dispositivo*, cuando fue una de las *funciones propias* de ese dispositivo hacer que ítems actuales fueran iguales a ítems anteriores, y estos ítems son similares de acuerdo con una explicación Normal¹⁷ para la realización de esta función” (Millikan, año, pp.). El aspecto sobresaliente de las familias de orden superior es que la reproducción o replicación de ítems tiene lugar a partir de *un mismo dispositivo* que está presente en cada miembro de una misma familia, no así con las familias de orden inferior, en las que el dispositivos de reproducción puede variar, importando en todo caso que *B* comparta con *A* ciertas propiedades.

La diferencia entre los mecanismos de reproducción de los rasgos biológicos con funciones propias y los artefactos de manufactura humana, es que los primeros tienen lugar cada vez en el mismo tipo de sustrato, o base de implementación, mientras que para hablar de funciones similares en artefactos u objetos, basta con que *A* y *B* compartan las mismas propiedades funcionales, sin necesidad de que los dispositivos de reproducción sean los mismos.

¹⁷ Millikan utiliza el adjetivo “Normal” que antecede al término explicación, para referirse a la manera en que una “familia establecida reproductivamente” ha realizado históricamente una cierta función propia. Apunta, además, a que no hay una sola “explicación Normal”, sino varios niveles de proximidad de estas explicaciones. Proximidad que se refiere al grado de detalle de tales explicaciones, como la descripción de la estructura y propiedades del ítem en cuestión, su desempeño global y las condiciones estándar en que la función se ha desempeñado históricamente. Hace hincapié en que su acento en la noción de “Normal” tiene por objetivo distinguir el sentido de “normal” con minúscula_ como *promedio*, sentido que no le interesa explotar. Más bien su idea de Normal está vinculada con las “condiciones normales”, es decir, aquellas condiciones bajo las cuales un rasgo ha desempeñado una función propia históricamente.

3.4. Restricciones de la teoría de funciones propias como criterio para definir el concepto de enfermedad mental

Teniendo en cuenta las condiciones para atribuir funciones naturales a estructuras biológicas, vale la pena analizar las consecuencias que estas condiciones tienen cuando se sostiene que una enfermedad mental es un fallo en la actividad o conducta de un mecanismo o estructura (mental) natural. Considerando que las diferentes categorías psiquiátricas tendrían que encajar en la definición propuesta, es preciso analizar algunos de las restricciones a las que se enfrenta con respecto a esta definición. (i) En primera instancia, hace falta un modelo neurocognitivo de la mente que integre todos los mecanismos que tienen un origen evolutivo, la identificación de sus funciones y el establecimiento de parámetros objetivos para determinar los límites “naturales” de su realización normal; (ii) una descripción adecuada de los trastornos mentales, a fin de equipararlos a un mecanismo mental disfuncional; y, como resultado de la anterior, (iii) la identificación de los trastornos mentales con la disfunción de uno o más mecanismos mentales. A estas tres restricciones que impone la definición de trastorno mental como disfunción dañina, se agrega un problema, el contraste con hipótesis evolucionistas que expliquen los trastornos mentales en términos de ventaja adaptativa o de mecanismos que fueron adaptativos en otra época y cuya función natural sufre un desajuste respecto de las condiciones del medioambiente actual. Por último, la propia idea de disfunción no parece ser un criterio claro de demarcación entre enfermedad y salud dado, sobre todo, por la dificultad para establecer los parámetros sobre el funcionamiento normal de un mecanismo. Un ejemplo de ello es el “sistema de estado de ánimo bajo” que sirve para explicar la depresión mayor. Al respecto no hay parámetros universales para discriminar cuando el mecanismo responde de manera normal a un estímulo y cuando responde de manera desproporcionada (Nettle, 2011). La decisión al respecto depende de una serie de factores epidemiológicos, fisiopatológicos, situacionales y biográficos que van más allá del diseño evolutivo de un mecanismo. Con el fin de ahondar más sobre las diferentes restricciones que impone el criterio objetivo, es necesario examinar la primera restricción sobre la identificación de los mecanismos mentales adaptativos, sus funciones y los parámetros “naturales” sobre su realización normal. Vayamos por partes, y centrémonos en la

identificación de los mecanismos mentales adaptativos. Un inconveniente no sólo de la psiquiatría y las neurociencias cognitivas, sino de la biología en general, es el escaso conocimiento que tenemos sobre la historia adaptativa de muchos mecanismos físicos y mentales, lo que simplemente nos dejaría imposibilitados para determinar si la falla se ubica en una estructura evolutiva o en una estructura de más reciente adquisición. Por otro lado, una crítica que ya habían hecho Lewontin y Gould con respecto a la sociobiología, pero que bien podría aplicarse a las hipótesis sobre los mecanismos que subyacen a los trastornos psiquiátricos a nivel cognitivo, neuroquímico o genético (Adriaens y De Block, 2011:11-12), es que en el campo de las hipótesis evolutivas se corre el riesgo de inventar historias poco científicas para justificar la presencia de los mecanismos postulados.

El problema de la indeterminación histórica de las presiones selectivas que dan origen a los rasgos adaptativos es para algunos autores un problema en relación con la identificación de las funciones naturales en los mecanismos. A este respecto, Cooper (2005) señala que sigue abierta la discusión acerca de las presiones selectivas que originan cambios en las funciones naturales de una estructura, las cuales pueden ubicarse temporalmente en un pasado remoto, en un pasado reciente o en el presente. El cuestionamiento que se deriva de esta discusión remite a cuál es el efecto o los efectos que se deben tomar en cuenta a la hora de atribuir a un mecanismo su función natural; es decir, deben privilegiarse el resultado de las presiones selectivas más antiguas pero que hoy día han dejado de conferir alguna ventaja adaptativa, o bien, los efectos que son resultado de un pasado más reciente pero que guardan una relación de adecuación con el entorno actual. De acuerdo con Cooper (2005:16), a este problema, el cual podemos nombrar como *indeterminación histórica de la atribución de funciones*, se añade otro respecto de las funciones originales, a saber, las sociedades modernas son afectadas por presiones selectivas muy distintas a las que tuvieron lugar en tiempos ancestrales. Por ende, los riesgos que había entonces no son los riesgos que existen ahora, y algunos rasgos que antes representaban una ventaja y eran indispensables para la supervivencia y reproducción hoy en día pueden subsanarse fácilmente, lo que significa que un fallo en el desempeño de su función natural no representa un riesgo para los individuos. Por el contrario, puede darse el caso que rasgos sin un origen evolutivo, es decir, sin un origen en el pasado ancestral del organismo y que hoy confieren una ventaja adaptativa, si pueden representar un riesgo o desventaja en caso de no desempeñarse normalmente, pero

que, desde la perspectiva biológico-evolutivo de función de Wakefield (2002), por ejemplo, no implicarían un daño real. Con todo, si bien tanto Wakefield como Millikan (1999) han enfrentado el problema que representa la conceptualización de “función propia”, ambos autores no tienen problema en admitir que los mecanismos evolutivos pueden sufrir más de un proceso de presión selectiva que promueva el cambio de sus funciones propias. Lo realmente importante, tanto para Millikan como para Wakefield, es que independientemente que sea en el pasado remoto o en el pasado reciente los mecanismos son naturalmente seleccionados y poseen el mismo nivel de especificidad en el diseño.

Sin embargo, esta postura suma objeciones, se dice, por no distinguir entre adaptación y exaptación. Pero, de acuerdo con Wakefield (año), dicha distinción es un error conceptual que se arrastra desde el trabajo de Gould (cita), dado que intentar distinguir entre ambas categorías a partir del criterio de diseño específico es ineficaz porque aun cuando una exaptación se adopta a partir de un proceso secundario de selección natural, puede llegar a tener el mismo nivel de especificidad que las adaptaciones. En este sentido, dado que para Wakefield las consideraciones históricas tienen poco interés teórico la distinción entre adaptación y exaptación no es importante en su argumentación. Algo que Millikan también sostiene, pues arguye que la funciones propias pueden cambiar si hay una historia más reciente de selección natural.

Un objeción, pero en un sentido distinto, que levantan Adriaens y De Block (2011) en su artículo introductorio del libro *Maladapting Minds* tiene que ver con el sesgo que se le ha dado al proceso evolutivo al considerarlo, principalmente, un proceso adaptacionista y dejando de lado aspectos como la “oportunidad” y la “deriva” como fuerzas que también operan sobre la selección de rasgos y sus funciones. Resultado de este sesgo son las suposiciones optimistas acerca de los rasgos adaptativos, cuya selección se justifica porque implican la mejor opción que el organismo pudo tener y, en ese sentido, se asume que tales rasgos son benéficos para los organismos que los poseen. No obstante, parece que muchos rasgos persisten no porque promuevan una mejor adecuación de los organismos al medio, sino por su tendencia evolutiva a la conservación del rasgo. En este sentido, podría darse el caso que algunos trastornos mentales fueran funciones normales de rasgos sin una ventaja adaptativa real, **y no como postula Wakefield** (año), u fallo o una disminución en la función

normal de un rasgo adaptativo ventajoso. La respuesta que Wakefield da a este tipo de señalamientos es que en efecto puede haber condiciones psiquiátricas que son funciones normales de un rasgo sin ventajas adaptativas y que producen sufrimiento y desadaptación, lo que dejaría entrever que no son enfermedades verdaderas, pero si condiciones tratables medicamente. Sin embargo, este hecho representa un problema pues debe resolverse la cuestión de si hay una manera de distinguir un rasgo funcional adaptativo de un rasgo funcional que persiste sin ventajas adaptativas y por tanto, distinguir si un síntoma es una disfunción de un rasgo adaptativo o una función normal de un rasgo poco ventajoso. Así, aun cuando Wakefield pudiera responder a estas objeciones, lo cierto es que el escenario con la noción evolutiva de función tiene una serie de matices que complejizan cada vez más la investigación sobre los trastornos mentales en términos de fallos de funciones evolutivas, sumado a la falta de evidencia que pueda resolver tales matices.

En cuanto a la segunda condición, a saber, la descripción adecuada de los trastornos mentales a fin de identificarlos con el mecanismo evolutivo en cuestión, también es un tema difícil de resolver. En primera instancia, porque las categorías de los trastornos mentales son descripciones clínicas que no reflejan un orden natural¹⁸, como aparentemente se requiere para identificar el mecanismo evolutivo correspondiente. Sumado a esto, las investigaciones sobre grupos de trastornos mentales han encontrado que no hay límites

¹⁸ El tema de los límites naturales de las categorías psiquiátricas, y su descripción apropiada, ha sido un tema central en los últimos 12 años en la revisión del DSM-IV-TR, y se ha discutido en torno de la validez de los diagnósticos psiquiátricos. La validez de las categorías psiquiátricas ha sido un tema muy discutido a lo largo de las diferentes revisiones y publicaciones del DSM desde su tercera edición, pues se refiere a la fundamentación empírica de cada entidad y de sus límites con respecto a otras entidades psiquiátricas. Según entiendo, se busca evaluar la autenticidad ontológica de las entidades psiquiátricas y, por lo tanto, su presencia justificada dentro de un sistema de clasificación de enfermedades mentales. No obstante, debido a la naturaleza clínico-descriptiva del actual sistema de clasificación y a la escasa información que se tiene sobre la etiología de los trastornos establecidos, no ha sido una tarea fácil proponer aquellos criterios que puedan resultar más pertinentes para evaluar la robustez ontológica de dichas entidades pues, entre otras cosas, existe una gran laguna de la información que se requiere (al menos desde una perspectiva biomédica) para establecer y delimitar de manera empíricamente menos ambigua las categorías diagnósticas (Roberts y Guze, 1970; Kendler, 1980; Andreasen, 1995). Tanto la comorbilidad como la heterogeneidad intracategorial son problemas relevantes para repensar los programa de validación de las categorías psiquiátricas pues reflejan la tensión que prevalece entre la información disponible acerca de los trastornos mentales como categorías que refieren a conceptos amplios con fronteras imprecisas, y la concepción bien acendrada de la categorías psiquiátricas como entidades naturales discretas y bien delimitadas. Una consecuencia de ésta tensión, como lo señala Kupfer (2002: xviii), es el sesgo que existe en la investigación sobre la etiología de los trastornos mentales pues la tendencia ha sido buscar etiologías particulares para trastornos particulares, en vez de pensar en sistemas neuro-cognitivos amplios que se han dañado y que afectan un espectro amplio de conductas, experiencias, emociones y capacidades. Sobre estos temas se trabajaremos más adelante.

precisos entre unos trastornos y otros, sino antes bien, espectros de trastornos con una base biológica común. Muestra de la imprecisión de los límites entre trastornos y la necesidad de trabajar en la descripción adecuada de los mismos, son la comorbilidad y la heterogeneidad intracategorial. De acuerdo con Poland, Eckardt y Spaulding, (1994), la heterogeneidad implica la falta de homogeneidad fenomenológica entre pacientes con un mismo diagnóstico, mientras que la comorbilidad se refiere al fenómeno, bastante frecuente en la clínica psiquiátrica, de echar mano de más de un diagnóstico para explicar la sintomatología de un paciente. Ambas cuestiones muestran que aún hay mucho trabajo por hacer en cuanto a la apropiada clasificación y descripción de las categorías psiquiátricas, antes de encontrar los mecanismos evolutivos subyacentes y, por lo tanto, las funciones o disfunciones que afectan a quienes presentan síntomas psiquiátricos.

Sin embargo, incluso si la noción evolutiva de función puede tener ventajas importantes frente a la necesidad de identificar de manera inequívoca daños en un organismo, como sostiene Wakefield (año), es posible objetarle que considere que la adopción de esta noción es pertinente en biología y en ciencias biomédicas para calificar una condición como una enfermedad real y distinguirla de otras condiciones que son tratables médicamente, pero que no causan un daño real para el bienestar y supervivencia del organismo.

Si tomáramos como bueno el criterio de Wakefield (año), es muy probable que una importante cantidad de trastornos mentales califiquen sólo como condiciones indeseables, y no como enfermedades en sentido estricto, es decir, como fallos en alguna función natural. Desde cierta perspectiva, la restricción impuesta por el criterio objetivo de Wakefield podría verse como algo positivo si se considera que cada vez es mayor la cantidad de conductas que se clasifican como enfermedades mentales o psiquiátricas y que en realidad sólo parecen ser excesos a los que los seres humanos somos vulnerables en el contexto de las complejas organizaciones sociales contemporáneas. Tal es el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos relacionados con el abuso de sustancias o algunos trastornos del estado de ánimo. No obstante, la contraparte problemática se presenta cuando estamos frente a condiciones que de manera inequívoca se reconocen como enfermedades mentales (por ejemplo, ciertos trastornos amnésicos y cognitivos como el *delirium* y la demencia, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos o los trastornos bipolares, entre

otros) y acerca de los cuales parece bastante fuerte la tendencia de vincularlos necesariamente con algún mecanismo adaptativo. Sumado al hecho de que lo único que esto parece explicar es el propósito para el cual fue diseñado ese mecanismo y la manera en que contribuyó en el proceso de selección natural a la supervivencia y reproducción de la especie.

Más allá de que la atribución de funciones naturales a estructuras biológicas es una empresa difícil dada la evidencia empírica que se requiere y la variedad de matices que implica identificar una “función propia”, existen otras consideraciones incluso si ya se tienen identificados los mecanismos mentales evolutivos y las funciones propias relevantes al ámbito de investigación. Y es que no siempre lo que subyace a los síntomas y signos de una enfermedad mental es considerada necesariamente una disfunción, pues algunas hipótesis evolucionistas (mencionar autores) sobre los trastornos mentales advierten que lo que hay es un desajuste entre ciertos rasgos adaptativos que otrora fueron ventajosos pero que actualmente han dejado de serlo. En estos casos se habla de una reducción de las capacidades de supervivencia como resultado del cambio ambiental, antes que de un fallo en algún mecanismo adaptativo. Explicaciones de este tipo se han realizado, por ejemplo, para la agorafobia y el trastorno de ansiedad, mecanismos que en su momento fueron ventajas en contextos peligrosos en los que evitar la exposición innecesaria al peligro aumentaba las probabilidades de sobrevivencia. Al respecto, Millikan (año) señala que inicialmente la relación entre una función natural y el cambio ambiental puede traducirse en un desajuste, sin embargo, si el cambio ambiental persiste es posible hablar de disfunción. Con todo, esto solo añade una dificultad más para decidir si en efecto una condición es una enfermedad mental o no lo es, dado que primero será necesario precisar si nos encontramos ante un desajuste entre función natural y medio ambiente, o frente a una disfunción.

Sumado a la idea de desajuste, hay una tercera hipótesis evolucionista sobre los trastornos mentales, contraria también al criterio de disfunción, y es que algunos trastornos podrían entenderse mejor como mecanismos adaptativos con una función específica para la supervivencia de los individuos de la especie. Tal es la idea que se tiene por ejemplo de trastornos como la depresión, la sociopatía, los trastornos obsesivo-compulsivos y de ansiedad, o el abuso de sustancias, que se explican como ventajas evolutivas, o como

formas de adaptarse para quienes sufren en ciertos medios socioculturales. En particular, se ha sugerido la existencia de genes que predisponen a la sociopatía para beneficiar a individuos en ambientes difíciles. La explicación es que aquellos hombres que son proclives a la violencia y a la promiscuidad tienen mayor probabilidad de sobrevivir y reproducirse frente a hombres más pacíficos. Desde este enfoque, la sociopatía es vista como una ventaja biológica que incrementa la adecuación al medio, antes que como una disfunción evolutiva (Cooper, 2005:19).

La psiquiatría evolucionista ha elaborado una serie de hipótesis contrastantes y controvertidas sobre cierto tipo de trastornos mentales, explicándolos en ocasiones como disfunciones, otras veces como ventajas evolutivas vigentes o bien como adaptaciones que han perdido vigencia en los contextos actuales. Las consecuencias que este escenario plantea hacen del criterio objetivo de disfunción un criterio insuficiente para decidir entre normalidad y enfermedad, frente a la variedad de hipótesis evolutivas que han surgido en la disciplina psiquiátrica. Dado que la evidencia al respecto es insatisfactoria y las hipótesis contradictorias, Wakefield (1999:466) se defiende de este tipo de objeciones aduciendo que siempre es posible seguir examinando más a fondo para encontrar las estructuras que de hecho están fallando. Es decir, el hecho de encontrar una estructura vinculada con algún síndrome funcionando normalmente no es evidencia determinante para afirmar que su criterio no se cumple, pues aún es posible encontrar otras estructuras que estén fallando en su funcionamiento.

Otros casos que ponen en duda la pertinencia y alcance del criterio de disfunción evolutiva son los trastornos que no parecen tener relación con el fallo de alguna función natural. Tal es el caso de los trastornos del aprendizaje y la lectura. En ambos casos se considera que las capacidades a las que se refieren estos trastornos son de reciente surgimiento, por lo tanto, no les subyace algún mecanismo cuya función natural tenga un origen evolutivo. La respuesta de Wakefield (año) a este respecto es que aun cuando algunos trastornos no remitan hoy en día a una capacidad adaptativa de origen, como en el caso del trastorno de la lectura y otros trastornos del aprendizaje, estos pueden deberse al fallo de una función natural en algún mecanismo aún desconocido. La ventaja de su propuesta y del alcance explicativo que tiene, según lo intenta sostener, es que es posible inferir la disfunción de

algún mecanismo adaptativo a partir de otros principios biológicos; tal es el caso de los principios del desarrollo ontogenético a partir de los cuales se sabe que cualquier niño con un desarrollo normal y bajo condiciones adecuadas de aprendizaje debe tener la capacidad de desarrollar habilidades de lectura. Si esto no sucede así la inferencia natural es pensar en un mecanismo que no está funcionando de acuerdo con su diseño de origen. Para Wakefield (1997:278), por tanto, el trabajo de la psiquiatría es indagar más a fondo para descubrir estos mecanismos, de tal manera que podamos contar con una explicación de las funciones dañadas en cada uno de los trastornos bien validados por la investigación y la práctica clínica.

Es claro que Wakefield (año) quiere mostrar que su criterio biológico para definir enfermedad mental es fundamental para evaluar de manera objetiva la validez de los trastornos mentales; es decir, que incluso cuando no contemos con los medios para observar la falla de un mecanismo para realizar su función natural, podemos hacer inferencias de estas funciones dañadas a partir de otros principios biológicos, siempre y cuando aquello que estamos buscando realmente cause un daño, es decir, tenga implicaciones negativas en el bienestar general de quienes padecen la disfunción, no solo en el mecanismo interno. Bajo la lógica de esta argumentación, el criterio híbrido disfunción/daño es una propuesta robusta para identificar trastornos de otras condiciones que no lo son aunque parecen serlo.

Como consecuencia de los problemas que presenta la noción evolutiva de disfunción, resulta pertinente cuestionar la utilidad de la misma como criterio para definir enfermedad mental, y como criterio de demarcación entre salud y enfermedad. Resumiendo, entre los problemas más significativos está el escaso conocimiento de la historia natural de los mecanismos y sistemas físicos y mentales, lo que hace poco probable que podamos saber cuándo una lesión es una variación y cuándo un trastorno, si para ello es preciso saber con anterioridad si tal lesión es atribuible a un mecanismo adaptativo o no. Hoy en día la comprensión sobre los procesos mentales es aún superficial, lo que impone limitaciones en la investigación sobre su implementación en el cerebro, e incluso hace difícil la tarea de atribución de funciones a estructuras psicológicas poco conocidas, sobre todo si tal atribución debe estar justificada por la historia natural y el propósito evolutivo de tal estructura.

3.5. Otras limitaciones de la teoría evolutiva como contexto teórico para definir enfermedad mental como fallo en una disfunción propia

Con independencia de que se cuestione la pertinencia del criterio evolutivo de disfunción para definir enfermedad mental, es preciso observar que la definición de Wakefield (año) es limitada, incluso para aquellos que sostienen una concepción evolutiva de las enfermedades (poner autores) dado que existe una amplia variedad de hipótesis sobre enfermedades físicas y mentales que no se ajustan a la definición de disfunción dañina. Tal es el caso de varios signos y síntomas que el llamado *Programa de Medicina Darwiniana* explica como efectos estándar de rasgos adaptativos, los cuales aun y cuando provoquen un malestar no deben considerarse condiciones patológicas en sí mismas. Un ejemplo de ello son las llamadas *defensas evolutivas*, como la fiebre, la diarrea o el vómito, que ayudan al organismo en su autodefensa al estar diseñadas para depurar al organismo de sustancias o materiales dañinos. Otras son las *compensaciones* a nivel genético, las cuales son ventajas adaptativas que favorecen el incremento en la frecuencia de ciertos genes entre una población que es vulnerable a ciertas enfermedades. El ejemplo más citado es el gen de las células falciformes; la presencia de dos copias de este gen puede causar la muerte por anemia falciforme, pero la presencia de una sola copia de este gen, es decir, la transmisión de éste por uno solo de los progenitores en una población vulnerable a la malaria, los hace resistentes a los síntomas de esta enfermedad. Otras hipótesis evolucionistas sobre enfermedades refieren a conflictos con otros organismos dentro de nuestro propio organismo o a rasgos adaptativos que tuvieron un efecto positivo entre los ancestros pero que sufren un desajuste en contextos y poblaciones actuales. En resumen, mientras la definición de Wakefield obedece a lo que se conoce como “modelo disfuncional” de las enfermedades, la medicina evolutiva contempla otros modelos como el “modelo adaptacionista”, el “modelo de desajuste”, el “modelo de selección de balance”, y el “modelo de senectud” (Adriaens y De Block, 2011:7)¹⁹.

¹⁹ El *Modelo adaptacionista* explica como un rasgo adaptativo con un rol significativo en la supervivencia puede causar sufrimiento al mismo tiempo que tiene ventajas adaptativas. Para el *Modelo de desajuste* o “*mismatch model*”, ciertos rasgos adaptativos ya no son una ventaja en el entorno material y social presente. El *Modelo disfuncional* o “*break-down model*”, sí concibe los síntomas como efectos de

Cosmides y Tooby (1999), en su artículo, “Toward an Evolutionary Taxonomy of Treatable Conditions”, reconocen el valor científico de la definición de Wakefield (año) en tanto que la conciben como anclada a la idea de una arquitectura de la cognición humana constituida por una colección de unidades funcionales que potencialmente pueden sufrir alguna discapacidad y producir un daño. Sin embargo, aun cuando reconocen el potencial en la definición de enfermedad mental como disfunción dañina, ellos mismos utilizarán una categoría más amplia, la de *condiciones tratables*. Esta noción que ellos proponen respeta sólo el criterio normativo de daño, pues reconocen que el sufrimiento causado por los trastornos mentales puede provenir tanto de la “disfunción” de un rasgo mental evolutivo como del desempeño normal conforme a su función evolutiva. Cosmides y Tooby señalan, adicionalmente, que incluso puede haber disfunciones que causen algún beneficio secundario al organismo lo que hace evidente, desde su perspectiva, la independencia entre los valores de normalidad que promueven las sociedades humanas y los estándares de normalidad establecidos para las funciones evolutivas, fundadas, estas últimas, en una lógica de replicación de los rasgos evolutivos y los efectos para los que fueron seleccionados en tiempos ancestrales.

Cosmides y Tooby (1999) establecen que hay una independencia entre las disfunciones y las condiciones que causan algún daño, mostrando las múltiples relaciones posibles que pueden observarse en las valoraciones personales o de terceros hacia una condición y el hecho de que esas condiciones estén asociadas a mecanismos evolutivos funcionales o disfuncionales. Es importante hacer notar que la propuesta de Cosmides y Tooby, aunque no está acotada a un modelo disfuncional, sí está inscrita dentro del programa evolutivo. Para estos autores la idea de disfunción biológica es un punto de partida científicamente valioso que hace emerger una serie de consideraciones sobre el valor explicativo que tiene la individuación de las unidades funcionales de la mente y la comprensión de la

alguna disfunción, por ejemplo, las infecciones, lesiones o mutaciones. El *Modelo de selección de balance* explica que ciertas mutaciones genéticas se producen para prevenir algunos problemas, sin embargo, no en todos los individuos de una especie la mutación opera a su favor. El *Modelo de senectud* es utilizado en la explicación de trastornos neurológicos como el Alzheimer o Corea de Huntington, y la explicación que provee es que los genes que codifican estas enfermedades tienen un efecto dañino solo en periodos tardíos del desarrollo, lo que no tiene un efecto negativo en la supervivencia y reproducción de la especie. (Adriaens y De Block, 2011:9-11)

complejidad de los rasgos e interacciones involucrados en los procesos adaptativos que dan lugar a una diversidad de condiciones (médicamente) tratables.

Cosmides y Tooby (1999) no parecen estar interesados en proponer una definición de enfermedad mental, más bien apuestan por una noción más amplia y menos comprometedora como la de condiciones médicamente tratables. Consideran, no obstante, que la definición de Wakefield (año), aunque estrecha, representa un punto de partida de gran valor para la psiquiatría, pues pone de relieve la necesidad de comenzar a plantear desde el marco teórico del evolucionismo una arquitectura de la mente humana en términos de unidades funcionales. Esto, en opinión de Cosmides y Tooby, permite superar dos cosas; por un lado, la ausencia de una teoría científica sobre la mente y sobre cómo se enferma, y la delimitación de diagnósticos sobre la base de observaciones imprecisas. Por el otro lado, la propuesta de retomar el marco teórico del evolucionismo permite superar la falta de continuidad de la psiquiatría respecto a otras disciplinas de la mente, pues lo que es considerado como un fenómeno mental para algunas, como el caso de la vista para las neurociencias cognitivas, resulta contra intuitivo para la psiquiatría. El concepto de disfunción juega así un papel importante, pues dirige la atención hacia una perspectiva que debe adoptarse para determinar con mayor claridad el carácter de las enfermedades.

Tanto Wakefield (año) como Cosmides y Tooby (1999) remarcan la necesidad central para la psiquiatría de retomar las contribuciones que las ciencias cognitivas y las neurociencias han hecho a la comprensión de la mente, **la manera en que segmentados las distintas capacidades y sistemas**. No obstante, es necesario que esto tenga lugar desde la teoría evolucionista de funciones. En el siguiente capítulo revisaremos la teoría sistémica de funciones para argumentar porque este enfoque es un punto de partida más adecuado para la psiquiatría a fin de segmentar los fenómenos psiquiátricos.

3.6. Consideraciones finales

El escenario que plantea la teoría seleccionista de funciones al definir la enfermedad mental como disfunción biológica, conlleva, en primer lugar, una serie de confusiones sobre la manera en que opera la selección natural, además de plantear una serie de dificultades

empíricas, aparentemente insalvables, para la identificación de rasgos y sus funciones propias. Entre las confusiones o errores que arrastra se encuentran el tema de las variaciones subsecuentes en la estructura y función de un rasgo, la falsa identificación entre selección natural y soluciones óptimas, o entre selección natural y origen de un rasgo, antes que de la propagación del mismo.

La combinación de las preguntas, ¿para qué sirve la cognición? y ¿qué tan cognitivamente sofisticado trabaja un organismo?, provee un plausible análisis evolucionista sobre la función de varias capacidades. Sin embargo, la pregunta sobre la implementación en el cerebro de esas capacidades cognitivas está mucho menos constreñida por las consideraciones sobre procesos evolutivos y más por las demandas de adecuación de un sistema dentro del funcionamiento de un sistema de más alto nivel del cual es parte. En este caso, el concepto relevante de función es mecanicista, en tanto que la pregunta pertinente que debe responderse es cómo contribuye un componente al funcionamiento del sistema completo. Esto en psiquiatría se traduce en la pregunta sobre las fallas de un sistema y como esto deja de contribuir al funcionamiento normal del conjunto. (Murphy, 2006)

La convicción que subyace al análisis sistémico propuesto por Cummins (1975) y Cummins y Roth (2010) es que los biólogos necesitan recursos para explicar “cómo los efectos de los rasgos de un organismo en un medioambiente particular contribuyen a su éxito reproductivo o a su fracaso” (Cummins y Roth, 2010: pp.). Para responder a esto, la información que resulta relevante implica las capacidades que tiene ese organismo, es decir, algunas de sus funciones sistémicas, por ejemplo, cómo se desempeñan y cómo contribuyen para que el organismo pueda interactuar en un medioambiente en particular; en última instancia, cómo afecta su adaptación.

CAPÍTULO 4.-

Un marco teórico para la clasificación de los trastornos mentales: funciones sistémicas y clases naturales como enjambres de propiedades homeostáticas

Resumen y objetivos del capítulo

En el capítulo anterior se expuso la teoría etiológica de funciones en la que Jerome Wakefield (1992) se basa para proponer la definición de enfermedad mental como disfunción que causa daño, y vimos que los criterios que deben cumplirse para atribuir una función propia a un rasgo son muy problemáticos para el campo de la psiquiatría. En particular, inquietan las explicaciones *ad hoc* que pueden surgir a fin de postular rasgos cognitivos sobre los que no se tiene ninguna evidencia sobre su origen y las razones por las que fueron seleccionados en un contexto remoto entre una población ancestral. En este capítulo se expondrá un marco teórico alternativo para enmarcar el criterio objetivo de disfunción en la definición de enfermedad mental, a saber, el análisis sistémico de funciones que desarrolla Robert Cummins (1975).

A partir de la exposición del análisis sistémico de funciones y del papel que este ha jugado en la clarificación de la arquitectura de la mente en las ciencias cognitivas, argumentamos que éste es un marco teórico más adecuado para hablar de disfunciones en el contexto de la psiquiatría. Aún más, el objetivo de este capítulo es sugerir que la modelación de las enfermedades mentales en el contexto del análisis sistémico de funciones podría ayudar a superar las dificultades a las que se ha enfrentado la psiquiatría a la hora de clasificar enfermedades mentales a partir de criterios que hasta ahora siguen siendo problemáticos, como el criterio sintomático, el criterio etiológico o el criterio anatomopatológico.

Dado que las distintas empresas clasificatorias de la psiquiatría son un motor importante de la discusión que hemos tenido hasta aquí, en la segunda parte de este capítulo, introduciremos la noción de clases naturales como enjambres de propiedades homeostáticas

que propone Richard Boyd (año), aunque con algunos matices que permiten superar las dificultades que presenta la noción de mecanismos homeostáticos.

Si bien es controversial sostener que las enfermedades mentales, o al menos algunas de ellas, puedan considerarse clases naturales, veremos como la propuesta de Boyd (año) es suficientemente flexible para reflejar algunas de las características propias de estos objetos de la psiquiatría. Al mismo tiempo, consideramos que la teoría de clases naturales como enjambres de propiedades homeostáticas, sumada al criterio objetivo de disfunción enmarcado en la teoría sistémica, bien podrían proveer a la psiquiatría de un marco teórico y de unos criterios que permitan conducir la empresa clasificatoria de los trastornos mentales hacia un resultado más exitoso del que se ha tenido hasta hoy en día.

4.1. Introducción

En este trabajo me centro en el criterio objetivo de disfunción pues coincido con Wakefield (año) en la necesidad de establecer criterios empíricos para poder distinguir entre condiciones psiquiátricas en las que están comprometidos uno o más disfunciones a nivel cognitivo o neural, y condiciones que semejan los síntomas psiquiátricos sin que se identifique una o más disfunciones, y que podrían clasificarse alternativamente como condiciones *clínicamente significantes*²⁰. Este segundo tipo de condiciones podrían ser mejor consideradas como respuestas conductuales “normales”, “típicas” o “proporcionalmente adecuadas” ante experiencias de estrés que de acuerdo con el carácter y las condiciones personales, enfrentamos y resolvemos de diferentes maneras. El objetivo de distinguir entre *enfermedades mentales* como disfunciones (cognitivas o neurales) que causan un daño, y *condiciones clínicamente significantes*, que también pueden causar

²⁰ Hoy en día la definición de enfermedad mental del DSM-5 incluye el criterio “clínicamente significativo”, lo que quiere decir que la condición causa sufrimiento, incapacidad o desventaja a la persona. Asimismo, aún y cuando el sufrimiento o incapacidad son consecuencias importantes de un verdadero trastorno mental, no todas las condiciones que son clínicamente significantes son necesariamente verdaderos trastornos mentales. La obesidad y la pobreza pueden causar sufrimiento y desventaja, y no son enfermedades, aunque la primera podría considerarse como una condición clínicamente significativa. Dada la idea de daño que implica el criterio “clínicamente significativo”, dicho criterio parece útil para que opere como contraste de una condición que además de causar “daño” en un sentido normativo suponga una disfunción biológica.

sufrimiento, deterioro o discapacidad, es constreñir los criterios de clasificación a fin de contener la creciente patologización de la conducta.

Dado que la tendencia de quienes elaboran el DSM ha sido estrechar los límites de lo normal y ensanchar el campo de lo patológico, el sobre-diagnóstico y la sobre-medicalización son razones suficientes para ser cautelosos al identificar y clasificar aquellos fenómenos conductuales que verdaderamente sean competencia de la psiquiatría de aquellos que puedan ser abordados desde otros enfoques terapéuticos. Nos referimos a los primeros como aquellas condiciones que con mayor probabilidad involucran una o más disfunciones o alteraciones cerebrales y/o cognitivas asociadas a los síntomas, mientras que los segundos pueden abordarse desde una variedad de opciones terapéuticas alternativas, según el origen y las circunstancias desencadenantes de las conductas asociadas. Si el objetivo es disminuir el sufrimiento, deterioro y discapacidad de ciertos grupos sociales, es probable que las alternativas terapéuticas deban considerarse de manera más amplia, tanto social, cultural, económica y políticamente.

El criterio de “disfunción” que es relevante para nuestros objetivos difiere de aquel que se propone en el DSM-5, en el que se refiere de manera inespecífica a disfunciones conductuales, psicológicas, biológicas y del desarrollo. Por el contrario, dado que nuestro objetivo es acotar y precisar el concepto *enfermedad mental*, se propone una noción sistémica de disfunción que, en el ámbito que nos interesa, se asocia con dominios cognitivos y neurales. La *noción sistémica de función* a la que aquí apelamos implica la postulación de mecanismos mentales cuyos componentes poseen disposiciones que contribuyen a la realización de una función sistémica, y que cuando se alteran una o más de tales disposiciones, es posible que ocurra una disfunción (déficit o exacerbación) del mecanismo completo. Una razón para concentrarse en las disfunciones a nivel cognitivo y/o neural, como indicadores válidos de los trastornos mentales, separándolos además de otros factores biográficos y sociales, es que estos últimos aun cuando pueden ser útiles para explicar los patrones epidemiológicos de grupos de padecimientos, no aportan explicaciones de por qué una persona en un contexto específico desarrolla un padecimiento psiquiátrico, mientras que otras personas en el mismo contexto no desarrollan problemas psiquiátricos similares (Murphy, 2011:439). Dado que las condiciones medio ambientales

compartidas no afectan a todas las personas por igual, el riesgo de padecer algún trastorno mental debe entonces buscarse en las particularidades biológicas y cognitivas de aquellos que son más vulnerables y que desarrollan algún trastorno. Lo anterior no significa que se otorgue un estatus privilegiado a un solo nivel explicativo dentro de la psiquiatría; no obstante, consideramos necesario que existan criterios de demarcación empíricos (y no sólo normativos) para distinguir individuos que padecen una verdadera enfermedad mental (es decir, una disfunción en uno o más sistemas cerebrales y/o cognitivos que producen serias alteraciones en las respuestas emocionales y conductuales), de otros individuos en quienes las emociones y conductas que pueden estarles causando sufrimiento y discapacidad son más bien reacciones “normales” o que corresponden con experiencias de pérdida y/o estrés severo que se han vivido pero sin que tales reacciones puedan considerarse disfuncionales. Hoy en día la clase de criterios que se establecen en las definiciones diagnósticas del DSM-5 para evaluar el carácter normal o patológico de un síntoma o un síndrome son por ejemplo: *severidad* que es un criterio cualitativo, y *duración*, este último cuantitativo. La manera en que estos criterios se establecen es a partir del consenso entre los expertos que forman parte de los comités de cada grupo de trastornos.

Con el objetivo planteado al inicio, la propuesta es revisar el concepto de *función biológica* desde una *perspectiva sistémica* y defender que este enfoque es pertinente para definir el concepto *enfermedad mental* como una clase de fenómenos que adquiere su estatus no sólo en el contexto normativo de la conducta (como algo que se desvía de la “norma”), sino de manera fundamental, como una clase de fenómenos que involucran una o más disfunciones en los niveles cerebrales y/o cognitivos y que son susceptibles de confirmarse empíricamente.

A diferencia de la teoría etiológica de funciones que vimos en el capítulo anterior y que adopta Wakefield (año) para enmarcar su criterio objetivo de disfunción, la teoría sistémica no necesita apelar a la selección natural para atribuir una función a un rasgo. El enfoque sistémico de funciones²¹, inicialmente formulado por Cummins (1975), es un tipo particular de explicaciones cuya estrategia es identificar los componentes y capacidades que contribuyen a la realización de una función de un sistema mayor, a través del análisis

²¹ Planteado en general como una alternativa a los enfoques históricos que adolecen de varios vicios y que ya se abordaron en otra sección de la presente tesis.

sistémico. Una diferencia importante entre este enfoque sistémico y el enfoque etiológico de Millikan (año) es que para este último la atribución de una función propia a un rasgo de un organismo no implica que el rasgo en cuestión lleve a cabo la función, mientras que para Cummins (1975), postular una función requerirá, necesariamente, que dicha función pueda de hecho llevarse a cabo y que contribuya al desempeño del sistema (ya sea que dicha contribución permita que el mecanismo o sistema opere de manera típica o de manera disfuncional).

Los afectos, las emociones y la conducta son propiedades cognitivas que típicamente son el resultado de mecanismos biológicos y cognitivos complejos. Conocer los sistemas de los cuáles emergen o en los cuales se instancian estas propiedades es importante por sí mismo en relación con la conducta normal, más aún, resulta imprescindible cuando nos enfrentamos ante la expresión patológica (disminuida o exacerbada) de tales propiedades. Permanecer en el nivel descriptivo de la conducta y las emociones para clasificar los síndromes psiquiátricos exclusivamente en términos de sus síntomas ha sido una limitante, pues el lenguaje utilizado para describir o tipificar los síntomas resulta en muchas ocasiones inespecífico, ya que incluso habiendo sido definidos por la psicopatología²², otros tantos son términos tomados directamente del lenguaje ordinario²³. Como resultado, además de ser un lenguaje que describe pero no explica, su inespecificidad es un problema serio en la clínica y en la investigación ya que a partir de los términos utilizados debería ser posible capturar la variabilidad de expresiones conductuales a fin de agrupar pacientes en un mismo diagnóstico y que, sin embargo, la simple nomenclatura de los síntomas no puede hacer. **Por el contrario, si se identificaran o agruparan las enfermedades mentales de otra forma, por ejemplo, la que aquí defiendo, la clasificación de los trastornos mentales tendría lugar desde un enfoque funcional.**

²² Algunos de términos definidos por la psicopatología son: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, conducta motora anormal o gravemente desorganizada, expresión emocional disminuida, abulia, alergia, anhedonia, asocialidad, y todos ellos, asimismo, forman parte de los criterios de diagnóstico de la esquizofrenia.

²³ Por ejemplo, algunos de los síntomas que definen algunos trastornos de ansiedad son : pensamientos recurrentes, conductas de evitación, conductas repetitivas (hasta aquí síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo); preocupación excesiva y persistente a perder a una figura de apego; preocupación excesiva y persistente a experimentar un evento adverso que cause la separación de la figura de apego; persistente reticencia o rechazo a salir; pesadillas persistentes que involucran el miedo a la separación; persistente quejas o síntomas físicos cuando hay una separación de la figura de apego (hasta aquí, trastorno de ansiedad por separación).

Cabe mencionar que el DSM incluye desde su cuarta edición un grupo de Trastornos Neurocognitivos²⁴ que incluyen la Demencia, el Delirium, la Amnesia, entre otros trastornos debido, sobre todo, a enfermedades como el Alzheimer o el Parkinson. La patología y etiología de estos trastornos han sido determinadas, en gran medida, gracias a que las enfermedades que los causan han sido ampliamente estudiadas y en estos casos se conocen bien los *dominios cognitivos* afectados, por ejemplo: atención compleja (atención sostenida, atención dividida, atención selectiva, velocidad de procesamiento), función ejecutiva (planeación, toma de decisiones, memoria de trabajo, respuesta a retroalimentación o corrección de errores, hábitos primordiales, inhibición, flexibilidad mental), memoria y aprendizaje (memoria inmediata, memoria reciente, memoria de largo plazo), lenguaje (expresión y recepción del lenguaje), sistema perceptual-motor (habilidades que pueden subsumirse bajo el término viso-constructivo-perceptual-motor, praxis y gnosia), cognición social (reconocimiento de emociones y teoría de la mente). (DSM-5, 2013)

Como puede apreciarse, el enfoque funcional de los trastornos mentales que aquí se defiende no necesariamente se plantea como una tarea de clasificación que se centra exclusivamente en el nivel cognitivo ya que pudiera haber trastornos cuya sintomatología evidencie una desorganización considerable a nivel neural y que expresada en un conjunto muy amplio y complejo a nivel cognitivo resulte muy difícil de desentrañar. Una virtud del enfoque de clasificación funcional que aquí planteo es la posibilidad de trazar a partir de las disfunciones identificadas, las trayectorias patológicas en múltiples niveles y direcciones. Es muy probable, de acuerdo con los hallazgos dispersos con los que hoy en día se cuenta tanto a nivel neurológico como cognitivo y genético, que el rastreo de tales trayectorias arroje como resultado una red de conexiones y vínculos a diferentes niveles, cuya imagen estará lejos de corresponder con la imagen de correspondencias causales simples (por ejemplo, uno a uno), homogéneas y lineales, entre las descripciones del trastorno a los niveles cognitivo y neural.

²⁴ Antes de ser clasificados como *Trastornos Neurocognitivos* en el DSM-IV, se incluyeron como *Síndromes y Trastornos mentales orgánicos*, en el DSM-II. No obstante, esta primera forma de nombrarlos se eliminó para evitar que se pensara que el resto de los trastornos mentales postulados no tenían una base orgánica, mientras que estos sí.

En lo que sigue me propongo argumentar por qué es ventajoso apelar al concepto de disfunción (como criterio de demarcación entre verdaderas enfermedades mentales y otras condiciones no patológicas que pueden ser en cambio clínicamente significantes) desde una perspectiva sistémica, a diferencia del enfoque evolutivo o etiológico que propone Wakefield (año) y que, como argumenté en el capítulo anterior, supone una serie de inconvenientes difíciles de superar. A fin de elaborar mi argumentación, primero expondré la teoría sistémica de funciones, tanto en la versión inicial de Robert Cummins (1975) como en la propuesta más reciente de Paul Sheldon Davies (2001), explicitando las diferencias entre una y otra, así como sus ventajas y desventajas. Dado que una de las críticas más importantes a la teoría sistémica de funciones es que bajo sus principios no es posible apelar a disfunciones, se defenderá la posibilidad de hablar de disfunciones desde esta perspectiva.

En segunda lugar, se presentará la teoría de clases naturales como enjambres de propiedades homeostáticas desarrollada por Richard Boyd (año). Esta noción es una postura *intermedia* entre las concepciones esencialistas y las concepciones constructivistas de clases naturales, y propone al menos dos criterios fundamentales para postular una clase natural: un conjunto de propiedades contingentemente agrupadas en la naturaleza, y uno o más mecanismos que tienden a mantener agrupadas tales propiedades. Un elemento central de la propuesta de Boyd, y que es de gran interés para nuestros propósitos en el contexto de la clasificación de los trastornos mentales, es el reconocimiento de la variación entre los miembros de una misma clase. Es decir, que las propiedades contingentemente agrupadas, pueden variar entre los miembros de una clase, en contraste con la concepción esencialista la cual supone que todo miembro de una clase debe poseer un conjunto de propiedades necesarias y suficientes.

El objetivo por el cual introducimos una noción de clases naturales en el contexto de nuestra discusión sobre la clasificación de los trastornos mentales, es porque a partir de ésta buscamos constreñir la arbitrariedad que es inherente al análisis sistémico de funciones de Cummins (1975). De acuerdo con este autor, un sistema funcional puede individuarse arbitrariamente en virtud de los objetivos de una disciplina, teoría u objetivos de la investigación. Por el contrario, vincular el análisis sistémico de funciones a la teoría de

clases naturales de Boyd (año), permite atenuar dicha arbitrariedad al anclar la atribución de funciones a una estructura causal del mundo. Con esto buscamos asegurar una cierta normatividad instrumental no arbitraria con fines explicativos y predictivos en el ámbito de disciplinas científicas como la psicología cognitiva, las neurociencias cognitivas y la psiquiatría. De lograrlo, sería posible proponer una estrategia de clasificación de los trastornos mentales a partir de la identificación de disfunciones cognitivas y/o neurales, asegurando en alguna medida que aquello que se clasifique como “enfermedad mental” sea una patología en un sentido empírico y no una condición juzgada como anormal desde un contexto normativo o social.

4.2. Análisis sistémico de funciones

En un artículo de 1975, *Functional Analysis*, Cummins toma una postura frente a la manera en que el programa seleccionista naturaliza la dimensión teleológica del concepto biológico de función (considerada inherente a este), haciendo de la selección natural la respuesta al porqué un rasgo biológico está ahí. Cummins rechaza que tal dimensión tenga un rol explicativo en el concepto de función, proponiendo en cambio que esta noción es una forma particular de explicación, en la que a las partes de un sistema mayor se les atribuyen funciones (Cummins y Roth; 2010:74). De esta manera, el análisis sistémico de funciones no hace referencia al origen evolutivo de un rasgo o las razones de su distribución exitosa en una población, a fin de caracterizar una función. Más bien, en el análisis sistémico una explicación funcional del tipo “ X tiene la función de hacer F ” alude a la manera en que X contribuye causalmente al mantenimiento y funcionamiento de un sistema S cuando X efectúa la función F donde X es subsistema o parte de S . El sistema S se acota, según Cummins, en virtud de los intereses u objetivos de la investigación y, por ende, la función F depende de la elección de S . Desde la perspectiva de Cummins esta dependencia hace del concepto de función un concepto instrumental sin compromisos realistas (como en el caso de la teoría seleccionista)²⁵. (Cummins, 1975)

²⁵ Mientras Cummins se deslinda de cualquier compromiso realista al dotar de un carácter meramente instrumental la atribución de funciones, aquí nos distinguimos de su propuesta al sostener que algunos

A continuación presentamos las condiciones que Cummins planteó en su momento para llevar a cabo el análisis funcional de un rasgo X :

- a. Dado un sistema S , que opera de cierta manera, se subdivide en partes X, Y, Z , etc., entre las cuales podría haber ciertas conexiones.
- b. Se determinan las interacciones causales de X con las otras partes de S implicadas en su funcionamiento.
- c. El investigador identifica la disposición D del rasgo X que está implicada en las interacciones causales de X , de manera tal que la disposición D pueda ser considerada como la función F .
- d. La disección en partes conectadas causalmente a la que se hace referencia en el inciso (a) corresponde a la estructura del sistema S .

El análisis sistémico consiste, por lo tanto, en la explicación de la contribución de X a la operación del sistema S a partir del ejercicio programado de las disposiciones asociadas a cada una de sus partes, incluyendo X (Cummins y Roth, 2010:74). Por “disposición” o “capacidad”, entienden Cummins y Roth, todo aquello que típicamente puede hacer cada parte para contribuir a la operación del sistema S en su conjunto. Se llama “análisis funcional” a este tipo de explicación puesto que la identificación de la estructura y los componentes de un sistema se realiza a partir de la identificación de las capacidades de sus partes y las interacciones entre sí, y no necesariamente del sustrato físico en el que se implementan estas capacidades. Al mismo tiempo que la forma no es determinante en el contexto del análisis funcional, la distinción forma-función es relativa al sistema analizado y aquello que en un nivel de análisis es forma, en otro nivel de análisis es función. Para mostrar esta relación relativa forma-función, los autores ponen como ejemplo los análisis diferenciados de un corazón y una bomba artificial; en el análisis del sistema circulatorio cualquiera de los dos cumple la misma función (o actividad típica): bombear sangre. No obstante, si tomamos el corazón y una bomba artificial como sistemas autocontenidos, el análisis funcional será distinto para cada uno, en virtud de las partes que los constituyen y las capacidades que contribuyen a la realización de su actividad típica.

conceptos de funciones pueden considerarse si no “causales”, por lo menos anclados o fundados en un orden biológico que explica dicha atribución.

No es casual que Cummins (1975) conceda una importancia menor a la forma en el contexto del análisis sistémico de funciones pues ésta es relevante en la medida en que se aspire a explicaciones sobre los mecanismos; mientras que el análisis sistémico es sólo una estrategia útil para definir un sistema, identificar las capacidades de los componentes cuyos efectos cuentan como funciones y responder así a la pregunta de cómo contribuye cada uno al desempeño global del sistema (Cummins y Roth, 2010:73). Davies (2001:158), otro teórico de las funciones sistémicas, difiere de Cummins y Roth en el peso que debe otorgarse a la forma en este tipo de análisis, pues sostiene que el carácter naturalizado de esta teoría reside en la evidencia del substrato físico de las funciones atribuidas. La estructura y los mecanismos del sistema analizado son relevantes toda vez que aspiramos a una “verdadera explicación” y la teoría sistémica es el camino hacia tales explicaciones.

A diferencia de Cummins y Roth (2010), quienes conceden sólo un rol heurístico al análisis sistémico de funciones, Davies (2001) atribuye tres roles o estadios a su teoría sistémica: (i) un rol heurístico, (ii) un rol explicativo y (iii) un rol normativo. El *rol heurístico* de la teoría sirve como guía para la investigación, y en esta fase se lleva a cabo la *atribución de una función específica* a partir de la descripción de la organización del sistema del que forma parte, de la identificación de los niveles o subsistemas que la componen y de las capacidades de estos componentes. En esta fase se propone una taxonomía provisional del sistema analizado. El *rol explicativo* aparece cuando hay un mayor conocimiento del sistema analizado y de los mecanismos de nivel inferior en los que se instancian las capacidades sistémicas. Esta segunda fase del análisis sistémico permite dar una “verdadera explicación” del sistema en términos de los mecanismos que permiten la interacción entre los componentes; por ejemplo, el nivel neurológico, molecular y genético. El trabajo previo en la atribución de funciones y la indagación de los mecanismos en los que se materializan las funciones promueve la construcción de un sistema de clasificación y el establecimiento del trabajo que desempeña cada una de sus partes. Este sistema de clasificación constituye, según Davies, un marco o *rol normativo*, en el sentido en que pueden hacerse generalizaciones a partir de las cuales hacer predicciones y dar explicaciones sobre instancias particulares de las clases de componentes y sus funciones (Davies, 2001:175). En suma, estas tres fases tienen un papel central en la orientación de las investigaciones en las ciencias biológicas.

En relación con el ámbito de aplicación, puede observarse otro rasgo distintivo entre la propuesta de Davies (2001) y la de Cummins y Roth (2010). A saber, mientras el primero señala explícitamente que su teoría se funda en las estrategias de investigación de la biología moderna, los segundos tienen en mente una teoría más general y pertinente para el análisis de cualquier clase de dispositivo, artificial o natural, desde una cadena de ensamblaje hasta el metabolismo de la glucosa o el sistema circulatorio, estos últimos, sistemas que implican una estructura jerárquica y procesos de mayor complejidad. Adicionalmente, Cummins (1975) se ha centrado particularmente en dar cuenta del análisis sistémico de funciones en relación con los sistemas psicológicos. Davies, en cambio, piensa en una teoría sistémica aplicable a sistemas biológicos complejos, jerárquicamente organizados, con al menos dos niveles de organización, donde los componentes y actividades del nivel inferior son explicativamente relevantes para el nivel superior. Con base en estos criterios, Davies busca restringir el ámbito de aplicación de la atribución de funciones a lo que él llama verdaderas funciones “naturales”, sin que para ello haya necesidad de apelar a la selección natural como lo hace la teoría etiológica. Aquí me opondré a esta idea.

Un modelo de investigación análogo a la estrategia de análisis de Davies (2001), se encuentra en el trabajo de Bechtel y Richardson (1993) sobre descomposición y localización, el cual exponen a través del ejemplo paradigmático de Franz Joseph Gall (1758-1828), anatomista y frenólogo quien se propuso elaborar una taxonomía *top-down* de las funciones neurológicas, asociando habilidades cognitivas y prácticas con áreas del cerebro. El trabajo de Gall parte de dos hipótesis: (1) las capacidades intelectuales y prácticas exhibidas por los seres humanos están alojadas en algún área del cerebro y, (2) éste es un órgano divisible. El objetivo último de Gall era descender en el análisis, al reconocimiento de las áreas funcionales y mecanismos neurales y, en ese sentido, su estrategia es un ejemplo de cómo el análisis sistémico de funciones opera en dos sentidos: primero, elaborando un análisis arriba-abajo (*top-down*) que permite elaborar una taxonomía de funciones cognitivas (rol heurístico) y, segundo, elaborando un análisis abajo-arriba (*bottom-up*) con el propósito de esclarecer los mecanismos internos de las funciones atribuidas (rol explicativo). Aun cuando Gall fracasó en su empresa, al no poder descender en su análisis al reconocimiento de las capacidades y los mecanismos dentro del

cerebro, su tesis sobre las funciones cognitivas asociadas con áreas del cerebro, y su pretensión de elaborar una taxonomía descendente de las funciones neurológicas, no fueron estériles, según Davies, pues un enfoque parecido predomina hoy en día de hoy en las neurociencias cognitivas (Davies, 2010:161).

Según afirma Davies (2001:164), el caso de Gall sintetiza su teoría sistémica y la estrategia analítica de Cummins, pues el modelo de investigación incluye la identificación de una capacidad sistémica, de los límites del sistema en el que se realiza dicha capacidad, y el análisis funcional de los componentes y sus actividades. Este primer conjunto de tareas conforman lo que Bechtel y Richardson (1993) llaman *heurística de descomposición* y que conciben como una condición necesaria para arribar a explicaciones mecanicistas. Adicionalmente, estos autores refieren a una segunda *heurística de localización* que corresponde con lo que Cummins llama *estrategia de instanciación*, y que en Davies corresponde al *rol explicativo* de su teoría. En este segundo estadio el objetivo es indagar sobre los mecanismos físicos que subyacen causalmente a otros subsistemas. Bechtel y Richardson (1993) sostienen que estos dos conjuntos de heurísticas están presentes en programas de investigación que involucran la comprensión de la conducta de sistemas complejos y jerárquicamente organizados dentro de la biología y la psicología. Davies suscribe la postura de estos autores para apoyar su propia teoría y los distintos roles que le atribuye (Davies, 2001:165).

Una diferencia importante entre la teoría de Davies (2001) y la estrategia analítica de Cummins y Roth (2010) radica en que estos últimos describen el análisis funcional *como un tipo de explicación causal* que no necesita conocer la estructura intrínseca de los sistemas para conocer su funcionamiento. En este sentido, vislumbran el análisis sistémico como un análisis de *caja negra* que encierra una estructura interna prescindible para la explicación, no así las interacciones entre sus componentes. Esta idea de la caja negra es lo que marca en la propuesta de Cummins y Roth la distinción entre forma y función, es decir, entre qué cosa es un dispositivo y cómo funciona tal dispositivo.

A diferencia de Cummins y Roth (2010) quienes atribuyen al análisis sistémico solo un rol heurístico, y de Davies (2001) quien siguiendo a Bechtel y Richardson (1993) considerará la teoría sistémica de funciones como un estadio previo a una ~~explicación~~ explicación mecanicista

completa”, en este trabajo se asume una postura más cercana a la de García (2015), quien sostiene que el análisis sistémico de funciones tiene un rol explicativo completo en las ciencias cognitivas (un ámbito que nos interesa particularmente por lo que puede aportar a la clasificación de los trastornos mentales). Esto significa que la descripción de un sistema cognitivo en términos de los subsistemas o capacidades que lo componen y que hacen posible una determinada tarea compleja, puede bien constituir una explicación completa de esa tarea y sin necesidad de bajar de nivel explicativo, por ejemplo, cómo está implementado neuralmente. Esta postura se sostiene si tenemos en cuenta que no hay una certeza de que los procesos cognitivo/funcionales tendrán una explicación neurológica. Así, una tarea cognitiva tan común como navegar en un espacio, puede explicarse funcionalmente apelando a una serie de sistemas y subsistemas cognitivos básicos o indispensables para llevar a cabo esta tarea, mientras que la realización de la misma a nivel neural puede tener diversas rutas en cada caso particular. En este sentido, ambas explicaciones son independientes y no necesariamente la explicación de los mecanismos neurales o incluso mecanismos de nivel inferior, completará una explicación funcional.

Por último, cabe hacer mención de la postura que tomaremos aquí en relación al carácter instrumental que otorgan Cummins y Roth (2010) al análisis sistémico de funciones y que según sus oponentes tendrá consecuencias sobre el rol normativo de la atribución de funciones en las ciencias biológicas. A este respecto consideramos que si bien puede haber diferentes maneras de individuar un sistema de acuerdo con las teorías y las preguntas de investigación, esto no significa que tales formas de individuación sean completamente arbitrarias, pues en primera instancia parten de contextos empíricos en los que hay algo que pide ser explicado. Es decir, en cualquier disciplina de las ciencias biológicas o del comportamiento hay una elección sobre qué cuenta como componente de un sistema, en virtud de aquello que necesita ser explicado. Esto significa que la noción de sistema y de explicación sistémico funcional son nociones inseparables, en el sentido en que los elementos y sus interacciones permiten explicar porque el sistema funciona como funciona. La noción de Cummins (1975) es, este sentido, una noción epistémica.

A continuación examinaremos por qué se considera que el análisis sistémico de funciones impide cumplir con el carácter normativo que conlleva necesariamente la atribución de

funciones en las ciencias biológicas. Esto es particularmente importante para nuestra argumentación si queremos definir el concepto *enfermedad* como una disfunción que causa un daño. En este sentido, veremos como tal objeción no necesariamente tiene cabida en la teoría sistémica de funciones que aquí adoptaremos.

4.2.1. El carácter normativo de las funciones biológicas

Una característica central a la atribución de funciones es que esta acción supone que “debe hacer” el rasgo u objeto al que se le atribuye una función particular. Esta característica hace de la atribución de funciones algo semejante a una tarea normativa más que descriptiva. La teoría etiológica de funciones naturaliza el carácter normativo a través de la noción de selección natural, lo que significa que las ventajas adaptativas que un rasgo confirió a una población ancestral (frente a otros rasgos en competencia), explica por qué ese rasgo está ahí y determina lo que ese rasgo debería hacer: la tarea para la que fue seleccionado. La teoría sistémica de funciones, en cambio, interpreta el lenguaje funcional en términos causales y no históricos, y define una función como la disposición de un rasgo para contribuir con alguna tarea o proceso en el desempeño de un sistema. En este contexto teórico, la normatividad se determina a partir de la especificación de las condiciones bajo las cuales un subsistema debe operar para hacer posible la realización de una determinada operación de un sistema contenido en aquél (Cummins y Roth, 2010:10).

De acuerdo con los partidarios de los enfoques históricos de funciones (Millikan, 1989; Neander, 1991; Buller, 1998), es justamente este carácter aparentemente normativo lo que le confiere superioridad a estas teorías históricas sobre el análisis sistémico de funciones, pues gracias a este es posible evaluar las *instancias particulares* de un tipo de rasgo R y evaluar si éstas se desempeñan de acuerdo a su función adaptativa o, por el contrario, sufren una disfunción. El problema con el análisis sistémico de funciones, objetan sus críticos (citar autores), es que la atribución de funciones es contraintuitiva, pues presuntamente está sujeta a las necesidades experimentales y explicativas de sistemas cuyos límites se establecen arbitrariamente, no obstante, en ocasiones aceptan que la atribución sistémica de funciones pueda coincidir con alguna función propia. Cummins y Roth (2010) se defienden frente a estas críticas insistiendo en el rol heurístico del análisis sistémico en

la investigación científica, y señalan que la recursividad en el análisis permite eventualmente postular funciones que son relevantes en términos explicativos. Asimismo, sostienen que la posibilidad de atribuir funciones absurdas (como podría ser atribuir a la nariz la función de sostener los lentes o del corazón hacer ruido) se limita dado que el objetivo último es elaborar verdaderas explicaciones causales.

Volviendo a la crítica sobre la imposibilidad de hablar de disfunciones en el contexto de la teoría sistémica de funciones, hacemos hincapié en que este marco teórico en el contexto de las disciplinas biológicas y médicas es una postura epistémica que permite abordar de cierta manera un universo de objetos del mundo empírico que oculta ciertos elementos. No obstante, el referente primero y último serán los propios objetos que en alguna medida impondrán sus propios límites y manera de ser particionados. Es decir, la objeción sobre su arbitrariedad se sostiene sólo si se piensa que hay una manera única de abordar los sistemas biológicos.

Por su parte, Cummins y Roth (2010) plantean, según sus propios términos, una “normatividad instrumental” en la que la idea de disfunción se concibe como el fallo en el desempeño de una capacidad *X* para contribuir al mantenimiento de un sistema *S*. Según sus propias palabras: “El enfoque sistémico relativiza los fallos en el funcionamiento apropiado a propósito de un *explanandum*: el componente *X* falla en funcionar adecuadamente en relación a una capacidad *C* del sistema contenido *S*, si (bajo condiciones iguales) *S* falla en realizar *C* (o tiene una capacidad relativamente disminuida) debido a lo que *X* no hace” (2010:11). Bajo la concepción sistémica de estos autores, una disfunción se define en virtud de una capacidad sistémica que no se realiza o se realiza de manera disminuida porque uno o más componentes del sistema hacen algo que no corresponde a aquello que *deben hacer* dentro de un todo organizado²⁶. Varios filósofos han señalado

²⁶ Davies por su parte, aún cuando defiende una teoría sistémica, sostiene que ésta no da cuenta de disfunciones, pues condiciona la atribución de funciones a “la contribución efectiva de un rasgo al desempeño del sistema” (Davies, 2001:175, 176). De tal manera si un rasgo no contribuye en ese sentido, lo correcto es afirmar que ese rasgo no posee la función o no pertenece a una *clase funcional*, y no que el rasgo no desempeñe su función o que es disfuncional. Adicionalmente, Davies sostiene que el supuesto componente normativo en la atribución de funciones está sostenido sobre una propensión de nuestras mentes a generar expectativas en relación a clases funcionales y a las instancias particulares de esas clases. Dicha propensión es lo que nos conduce a evaluar el desempeño de ciertas instancias como disfuncionales. Por razones de espacio y coherencia no nos detendremos en los argumentos de Davies ni daremos respuesta a estos.

(Mitchell, 1995; Wouters, 2005; Cummins y Roth, 2010) que una manera de salvar la posibilidad de dar cuenta de disfunciones es distinguiendo entre *clases de rasgos funcionales* e *instancias de dicha clases*. Estas últimas, son las instancias particulares de una clase funcional sobre las que debe evaluarse el desempeño de una capacidad que típicamente debe contribuir al desempeño de un sistema. Y, precisamente, sobre estas instancias es sobre las que se afirma si hay o no una disfunción. Una definición formal de lo que Cummins y Roths están proponiendo como una *disfunción* en el contexto de la teoría sistémica de funciones podría ser como sigue: x es una disfunción de tipo C si y solo si, (i) x es de tipo X , y X hace típicamente C , gracias a que x hace D , (ii) pero esta x particular no hace D o lo hace mal, razón por la cual X no hace C o no lo hace como típicamente lo harían entidades del mismo tipo X .

Un argumento adicional para defender la perspectiva sistémica de funciones como una perspectiva adecuada para hablar de disfunciones refiere a que, en general, la propia noción de función biológica se ha asociado casi de manera natural con la noción de normalidad. Wachbroit (1994), por ejemplo, en su artículo *Normality as a Biological Concept*, refiere que hay al menos tres sentidos en los que se puede hablar de normalidad: un sentido estadístico, un sentido evaluativo y un sentido biológico. De los tres, el sentido biológico de normalidad está implícito en las teorías de atribución de funciones biológicas. Así, mientras el sentido estadístico se refiere a la media en relación con la distribución de ciertas características, el sentido evaluativo se establece por convención en relación con normas culturales, institucionales o éticas, mientras que el sentido biológico de normalidad refiere a la función natural de un rasgo, proceso o sistema.

En oposición a la postura de Wachbroit (1994) quien concibe como natural la relación entre normalidad y funciones biológicas, autores como Lloyd (2008) conciben esta relación como el resultado de los sesgos normativos presentes en los programas científicos que ocultan o suprimen la variabilidad biológica para reducirla en los estrechos márgenes de los opuestos función/disfunción, fisiología/patología, normalidad/anormalidad. En su trabajo *Normality and Variation. The Human Genome Project and the Ideal Human Type*, Lloyd cuestiona la manera en que ciertas categorías como normalidad, salud y enfermedad se dan por sentadas. En relación con la anormalidad se asume que la ciencia nos dice que es

normal y anormal, enfermo o sano y que los aspectos sociales y morales comienzan donde la ciencia termina” (Lloyd, 2008:133). La autora sostiene que los diferentes modelos teóricos de la biología de los que echa mano la medicina, poseen sesgos normativos sobre los cuales se construyen los modelos ideales de normalidad biológica. Para sostener su postura, Lloyd (2008:133) expone cuatro modelos teóricos²⁷ mostrando en cada uno de ellos cómo se describe un ideal de normalidad que oculta la variabilidad biológica para convertirla en anormalidad o disfunción. El argumento que sostiene Lloyd a partir de estos modelos teóricos de la biología es que “los estados del organismo no se anuncian a sí mismos como deseables o indeseables, sanos o enfermos, normales o anormales; tales clasificaciones se aplican inevitablemente al comparar el estado de un organismo con cierto ideal que sirve a una función normativa” (2008:134).

En respuesta a la postura de Lloyd (2008), podría decirse que en la biología hay siempre variabilidad; a saber, en cualquier población, los rasgos de cualquier tipo de organismo muestran variaciones. Es cierto también que tales variaciones pueden clasificarse dentro de un rango típico o fuera de él, dependiendo de cuánto difieran de la media. La dispersión del punto que se considera un rango típico está en efecto acotado dentro de una disciplina, algo que es una práctica común en las distintas ciencias biológicas y médicas. Sin embargo, no deja de llamar la atención la postura de Lloyd, pues parece asumir que el objetivo de los modelos teóricos es representar, sin sesgos de ninguna clase, el mundo natural, como si las ciencias biológicas y cualesquiera otras disciplinas científicas operarán en condiciones neutrales, normativamente hablando. Es decir, donde el daño, la discapacidad, el sufrimiento, etcétera, no debieran ser tomadas en consideración. Esto, al menos en el ámbito de las ciencias médicas no tiene cabida. El problema con Lloyd, en nuestra opinión, es que concibe las dicotomías función/disfunción, normalidad/anormalidad, fisiología/patología, como instrumentos de control social.

Una lectura muy distinta es la de George Canguilhem, quien en su momento afirmó que: “Gobernar la enfermedad significa conocer sus relaciones con el estado normal que el hombre vivo [...] desea restaurar. De ahí la necesidad teórica [...] de fundar una patología científica vinculándola con la fisiología.” (2011:19). En su trabajo *Lo normal y lo*

²⁷ Estos modelos son el Proyecto del Genoma Humano; la teoría de las funciones propias, los modelos teóricos de genética de poblaciones y de desarrollo epigenético.

patológico, Canguilhem (2011) realiza un análisis histórico y filosófico sobre la naturaleza inherentemente normativa de la distinción fisiología/patología. Aunque hoy en día se entiende “patológico” como sinónimo de “disfuncional”, es decir, que lo patológico es una desviación, disrupción o fallo de los procesos fisiológicos, no siempre se consideró que ambos estados fueran parte de una continuidad. Por el contrario, durante mucho tiempo y bajo diferentes teorías, lo patológico fue considerado una clase de estado de los órganos de naturaleza distinta de lo fisiológico. No obstante, una vez que la enfermedad se concibió como un estado del organismo sobre el cual podía intervenir, lo patológico dejó de concebirse como un fenómeno o estado cualitativamente distinto de la normalidad biológica.

Si bien es cierto que la biología y la medicina han precisado la elaboración de modelos o criterios para demarcar los límites entre función/disfunción, fisiología/patología, salud/enfermedad, esto no implica que tal empresa sea completamente arbitrarias como sostiene Lloyd (2008). Podemos admitir con la autora que los estados del organismo no se anuncian a sí mismos como saludables o enfermos, sin embargo, es innegable que el desempeño de un rasgo biológico por encima o por debajo de ciertos umbrales, altera su funcionamiento regular o típico y, en algunas ocasiones, causa un daño, deterioro, incapacidad o incluso la muerte. En última instancia, sería lógico pensar que aquello que causa daño sea lo que deba considerarse como relevante para la definición de enfermedad. Incluso, como lo señala Murphy (año), el daño causado por una condición puede ser un indicio de algo que no está funcionando como debe. Confirmar si el daño es en efecto causado por una disfunción, es decir, por un déficit o exacerbación de una o más funciones normales, es algo que debe dirimirse empíricamente. No obstante, parece inevitable que cualquier concepto que aluda a la idea de normalidad biológica, poseerá sesgos inherentes a los modelos teóricos en los que se definen.

Con el objetivo de proponer un marco teórico que permita lidiar con los sesgos normativos inherentes a toda práctica científica, a continuación se introduce una teoría de clases naturales como enjambres de propiedades homeostáticas que establece algunos criterios a partir de los cuales podemos conceptualizar entidades empíricamente fundamentadas que reflejen una cierta estructura causal del mundo. Es decir, que posean un anclaje empírico.

4.3. Clases naturales como enjambre de propiedades homeostáticas

La Teoría de Clases Naturales como Enjambres Homeostáticos de Propiedades (HPCT por sus siglas en inglés) de Boyd (1991, 1999) difiere de la perspectiva clásica o esencialista de clases naturales, según la cual éstas se descubren en la naturaleza en virtud de sus propiedades esenciales; es decir, propiedades que son necesarias y conjuntamente suficientes para ser miembro de una clase natural. Un ejemplo clásico de clase natural esencialista podríamos tomarlo de cualquier elemento de la tabla periódica, por ejemplo, el oro que tiene un número atómico de 79, una característica que compartirán todas y cada una de las partículas de oro. La propuesta de Boyd, en cambio, es contraria al criterio de las clases esencialistas, al considerar que las clases naturales típicamente no se definen en virtud de un conjunto de propiedades necesarias y suficientes, y admite una mayor flexibilidad en cuanto a las propiedades que comparten las diferentes instancias de una misma clase. Es decir, un conjunto de instancias de una misma clase puede compartir algunas pero no todas las propiedades que las caracterizan. Por otro lado, admite que si bien las clases naturales reflejan fronteras reales en la manera en que está organizada la naturaleza, estas son también producto del interés que tienen los grupos humanos por clasificar en virtud de la manera en que nos relacionamos con los objetos y fenómenos naturales y sociales.

Boyd (1991, 1999) elige utilizar metafóricamente la noción de homeostasis cuando habla de “enjambres homeostáticos de propiedades” para aludir a la estabilidad que se mantiene entre los distintos elementos de una clase de sistema, gracias a que unos elementos tienden a favorecer la presencia de otros. En este sentido, una clase natural será aquella en la que observemos un conjunto (enjambre) de propiedades cuyo vínculo no es arbitrario sino que, por el contrario, obedece a un mecanismo que mantiene estable la composición de tales propiedades al tiempo que es flexible en cuanto a dicha composición. Esta flexibilidad de los enjambres homeostáticos de propiedades será un elemento central en la teoría de Boyd, pues como veremos más adelante, busca con ello establecer una teoría que dé cabida a la variabilidad biológica y la realizabilidad múltiple. La *variabilidad biológica* entendida como el resultado de la diversidad de factores que interactúan frente a la expresión de un

rasgo biológico dentro de una misma especie, mientras que la *realizabilidad múltiple* se entiende como la posibilidad de diferentes implementaciones de una misma función en diferentes especies o incluso en una misma especie. Por ejemplo, en Filosofía de la Mente la tesis de la realizabilidad múltiple supone que una misma clase de estado mental puede implementarse en más de una clase de estados físicos. Así, un estado de dolor puede realizarse bajo estructuras físicas distintas en diferentes especies, o un mismo estado mental puede realizarse en estructuras neurales distintas en una misma especie. Ambas tesis, tanto la de la variabilidad biológica como la de la realizabilidad múltiple son particularmente relevantes en el campo que nos ocupa en este trabajo, el de los trastornos mentales.

La teoría de clases naturales como enjambres homeostáticos de propiedades (EHP por sus siglas en español, de aquí en adelante) se distinguirá fundamentalmente de la teoría esencialista por los criterios que se deben cumplir para determinar cuándo una instancia pertenece a una clase. Al igual que la teoría esencialista, la teoría de clases como EHP se propone como una concepción naturalista de clases, en contraste con las teorías constructivistas cuyo supuesto básico es que toda categorización depende únicamente de la cultura o el contexto en el que se postulan. Este supuesto implica que las clases postuladas no existen ahí en el mundo independientemente de nosotros, es decir, que son postuladas siguiendo ciertas convenciones o intereses meramente prácticos. La postura de Boyd (año) podemos ubicarla, por lo tanto, a medio camino entre las clases esencialistas y las clases como construcciones sociales, puesto reconoce que la postulación de clases naturales pasa necesariamente por las matrices disciplinares que contiene los términos teóricos y dan forma a las prácticas inferenciales a partir de las cuáles se observan las estructuras causales relevantes que permitirán delimitar y clasificar sus objetos de estudio. Así, a diferencia de las posturas constructivistas sobre las clases, Boyd sostendrá que los valores relevantes para la individuación de una clase natural son, en primera instancia, los valores epistémicos.

De acuerdo con Boyd (1999), existen una serie de condiciones bajo las cuales se aplica su teoría de clases naturales. Aquí se referirán solo las que consideramos más relevantes para aplicar su enfoque a la clasificación de trastornos mentales. Por ejemplo, una primera condición es que (i) haya una familia de propiedades F contingentemente agrupadas en la naturaleza, lo cual significa que tales propiedades co-ocurren en un número importante de

casos; (ii) esta co-ocurrencia de propiedades se atribuye a la homeostasis, metafóricamente hablando, que puede entenderse en dos sentidos; por un lado, en términos de una organización horizontal de los componentes, en el que la presencia de unas propiedades tienden a favorecer la presencia de otras y, por el otro, en términos de una organización vertical, en el que uno o más mecanismos subyacentes tienden a mantener estable la co-ocurrencia de ciertas propiedades; (iii) una homeostasis imperfecta es nomológicamente posible, es decir, la instancia de una clase puede desplegar algunas de las propiedades en F (no necesariamente todas ellas), así como algunos de los mecanismos homeostáticos subyacentes (no necesariamente todos) pueden estar presentes; (iv) en tales casos en los que una instancia presenta parcialmente las características de una clase, la importancia relativa de las propiedades en F y de los mecanismos para determinar si la instancia cae en t (si puede determinarse del todo), es un *problema teórico a posteriori*, antes que un problema conceptual a priori, según Boyd (1999).

Un ejemplo paradigmático en la discusión sobre la clasificación de clases naturales en las ciencias biológicas es la categoría de especie. Un aspecto central en la discusión alrededor de esta categoría es la heterogeneidad de los rasgos presentes entre los distintos miembros de una misma especie. Teniendo en consideración la heterogeneidad presente no sólo en el caso de las especies de organismos sino de otras entidades de la biología, como los genes o las células, Boyd (año) postula las condiciones (iii) y (iv), a fin de reflejar como las ciencias biológicas deben operar a fin de clasificar clases naturales.

En Boyd (año), la noción de “mecanismos homeostáticos” es central para su teoría, y refiriéndose con ella a las estructuras y procesos que causan la presencia de un enjambre de propiedades observables con una regularidad tal que hace pensar que el fenómeno observado está fundado en ciertas leyes que explican su co-ocurrencia. Es importante hacer notar que Boyd no atribuye a la naturaleza un comportamiento estable y/o determinista como la maquinaria de un reloj, en el que los eventos, procesos y fenómenos se suceden unos a otros de manera invariable. Por el contrario, Boyd se propone caracterizar una teoría de clases naturales que refleja el carácter flexible y contingente de los fenómenos que estudian las ciencias especiales, en las que la variabilidad y realizabilidad múltiple son también propiedades inherentes a una serie de componentes, actividades y formas de

organización, en los que se mantiene una cierta estabilidad de los fenómenos dentro de su diversidad expresiva.

Los mecanismos homeostáticos, como elementos necesarios para dar poder explicativo, predictivo e instrumental a las clases naturales, son considerados por Boyd (año) al igual que Craver (año), como realizados (fundamentalmente) en un nivel inferior a las propiedades observables, es decir, como una estructura que subyace a las mismas. Como en realidad Boyd no define qué es un mecanismo presentaremos aquí la noción de Carl Craver (2007, 2009, 2013), quien se ha dedicado en detalle a trabajar sobre este tema y por lo tanto sostiene una definición bastante aceptada hoy en día. Por ejemplo, considera que los mecanismos homeostáticos en Boyd podrían concebirse también como relaciones causales que vinculan unas propiedades y otras en el mismo nivel de organización biológica. Es decir, que no necesariamente son estructuras o mecanismos causales que subyacen a las propiedades que co-ocurren. En este sentido, para Craver:

Un mecanismo es homeostático en el sentido de Boyd, si tal mecanismo explica la co-ocurrencia regular de propiedades de fenómenos en un “cluster”. Boyd (1989) se refiere especialmente a los mecanismos subyacentes, pero también admite que un mecanismo homeostático puede estar compuesto de *relaciones causales entre las mismas propiedades fenoménicas* en un enjambre. (En este caso, el mecanismo no subyace a las propiedades o no es de nivel inferior), y es susceptible de involucrar las causas antecedentes (etiológicas) del enjambre de propiedades. (Craver, 2009:578) (El hincapié es mío)

A fin de entender mejor la propuesta de Boyd (año), retomaremos aquí algunas observaciones de Craver, quien entiende que en la teoría de clases naturales como “enjambres homeostáticos de propiedades”, la noción de homeostasis supone que el agrupamiento de propiedades no es arbitrario, sino reflejo de algún aspecto de la estructura mecanicista del mundo (Craver, 2001). Adicionalmente, la noción de homeostasis alude a la idea de que tal estabilidad se logra en un *intercambio recíproco* entre las propiedades observables y los mecanismos, siendo posible que haya lugar a variaciones tanto al nivel de las propiedades como al nivel de las estructuras causales, conservándose la pertenencia a una clase mientras se conserven rasgos sobresalientes. Como refiere Craver (2009:577), “los conceptos de las clases como EHP tienen una estructura prototipo y las clases como EHP son múltiplemente realizables —El que los conceptos tengan una estructura prototipo y sean múltiplemente realizables, significa que las instancias particulares de estas clases

pueden presentar variaciones en cuanto a las propiedades fenoménicas que comparten o en la estructura y organización de los mecanismos que explican tales propiedades (Craver, 2009:577). Las variaciones expresadas por las instancias no es impedimento para mantener su pertenencia a una misma clase.

Además de la variabilidad atribuible a los propios fenómenos biológicos y psicológicos, la teoría de clases naturales como EHP también plantea la posibilidad de agrupar o separar las fronteras de una clase a la luz de nuevas observaciones o cuando las inferencias fallen. La rectificación o modificación puede darse en relación con las propiedades así como con los mecanismos homeostáticos. Es decir, unas propiedades pueden eliminarse de un agrupamiento e incluirse nuevas de la misma manera que algunos de los mecanismos homeostáticos pueden eliminarse de la colección de estructuras subyacentes. A esto Boyd (2010) le llamará *condición de acomodación* y con ello alude al refinamiento que tiene lugar en las prácticas de clasificación. En este caso, se entiende la “acomodación” como un movimiento epistémico que tiene lugar en las prácticas clasificatorias en relación con el refinamiento de las características causales que justifican la postulación de una clase natural.

La condición de acomodación conlleva el seguimiento de las prácticas inferenciales de las disciplinas y hace referencia a una noción de coherencia muy específica, que se distancia de la noción analítica de verdad absoluta. Boyd propone dos condiciones para entender esta noción particular de coherencia: una *condición de acceso epistémico* y una *condición de acomodación* (Boyd, 2010:215). Antes de especificar a qué se refiere con este par de condiciones, refiere algunas nociones previas como: matrices disciplinares (M), términos ($t1 \dots tn$) que refieren a clases naturales dentro de las matrices disciplinares, familias de propiedades ($F1 \dots Fn$) a partir de las cuales se definen las clases referidas por los términos ($t1 \dots tn$). La extensión de los términos se determina a partir de las *condiciones de acceso epistémico*, que es una tendencia sistemática, causalmente sostenida para aquello que se predice sobre $t1$ dentro de las prácticas de M que son aproximadamente verdaderas acerca de las cosas que satisfacen Fi , donde $i = 1, \dots, n$. En particular, hay una tendencia sistemática para las cosas de las que $t1$ es una predicción que tienen las propiedades en $F1$.

(2) **Condición de acomodación**, que junto con los poderes causales de las cosas que

satisfacen estas definiciones explicativas, explica causalmente cómo el uso de los términos $t1 \dots tn$ dentro de una M , contribuye a la acomodación de las prácticas inferenciales en M a estructuras causales relevantes.

Esta condición, desde la perspectiva de Boyd (2010:214-2015), es la que contribuye a la fiabilidad de las prácticas clasificatorias y depende de la estructura inferencial de cada disciplina. Sin pretender ir más allá en la explicación que Boyd desarrolla en extenso en su artículo de 2010, *Realism, Natural Kinds, and Philosophical Methods*, lo que nos interesa resaltar aquí es que con ella hace hincapié en que las clases naturales no se precisan de una vez y para siempre. Pero son imprecisas en cuanto (i) a su definición, (ii) a las propiedades que las caracterizan, o (iii) a la inclusión de los miembros que pertenecen a las mismas, dado que las prácticas de clasificación se ajustan a los fenómenos causales relevantes, mismos que se ajustan si las prácticas inferenciales de una disciplina se modifican con el tiempo.

El que Boyd (2010) reconozca la relevancia de las prácticas inferenciales como condiciones necesarias para clasificar las entidades del mundo tomando en cuenta, entre otras cosas, su estructura causal, no excluye que su propuesta se inscriba en una perspectiva naturalista de clases naturales. Lo que en todo caso elude, es una perspectiva rígida que establezca como condición la postulación de propiedades esenciales, sugiriendo en cambio que aquello que mantiene la cohesión entre las instancias de una clase es la estabilidad de ciertos patrones de relación entre un agrupamiento de propiedades y uno o más mecanismos causales. En este sentido, el *equilibrio homeostático entre las propiedades y sus mecanismos, no producen necesariamente miembros idénticos en una misma clase*, pues intervienen una serie de factores internos y externos (al mecanismo) que producen variaciones en la expresión del rasgo, sistema o fenómeno de interés (variabilidad biológica). Además, abre la posibilidad que un conjunto de propiedades que co-ocurren con una cierta frecuencia puedan bien ser efecto de más de un mecanismo causal, es decir, de estructuras distintas (múltiple realizabilidad). La teoría de Boyd es la de un naturalista, en tanto que reclama una existencia independiente para las clases naturales, en el sentido de considerar que estas delimitan fenómenos que están asidos a alguna estructura causal del mundo, así como su

variabilidad y realizabilidad múltiple como una propiedad inherente a los fenómenos biológicos y psicológicos.

Algunos críticos apuntan que el carácter normativo que debiera desprenderse de una propuesta naturalista de clases naturales corre el riesgo de desdibujarse frente al hincapié que Boyd (2010) pone en la variabilidad y la realizabilidad múltiple de la mayoría de los fenómenos biológicos. Es decir, el supuesto es que cualquier propuesta naturalista de clases naturales debe explicar con cierta claridad qué instancias sí (o con mayor probabilidad sí) y qué instancias no (o con mayor probabilidad no) pertenecen a una clase natural. Puntualmente, la crítica que se le hace a Boyd es que frente a la variabilidad y realizabilidad múltiple que defiende, se desdibujan los criterios que permiten identificar si una instancia pertenece o no a una clase. Craver (2009:577) señala que estas dos propiedades que reclama Boyd para entender la postulación de clases naturales deben tomarse con cuidado, dado que aquello que en última instancia ayudaría a definir los límites entre la pertenencia a una clase u otra, es el refinamiento de la noción de mecanismo. Este refinamiento es lo que puede prevenir que la teoría de clases como EHP se convierta en un convencionalismo promiscuo, es decir, que haya una proliferación de clases naturales aparentemente desvinculadas de estructuras causales que reflejen cómo está (de facto) organizado el mundo²⁸. Craver sugiere, por tanto, establecer las condiciones de aquello que cuenta como un mecanismo homeostático para cualquier fenómeno biológico, de tal manera que la noción de clase natural no debilite la fuerza normativa que debe regular una taxonomía científica al explicitar la estructura mecanicista de los fenómenos estudiados.

Si las críticas al convencionalismo promiscuo en el que podría derivar la teoría de clases naturales como EHP se resuelve en alguna medida, como lo sugiere Craver, a partir de una noción clara sobre lo que cuenta como un mecanismo, vale la pena abundar sobre este tema en el siguiente apartado.

²⁸ Craver (2009:577) no considera que la promiscuidad sea en sí mismo un problema, pues admite que podría haber más clases naturales de las que esperamos. No obstante, arguye que es un problema en tanto que debilita la fuerza normativa que debe poseer una taxonomía científica, y que está fundada en su reflejo de cómo está estructurado causalmente el mundo.

4.3.1. La noción de mecanismo como criterio para fundamentar clases naturales

4.3.1.1. Mecanismos físicos y mecanismos mentales

Como vimos en el apartado anterior, el criterio central para explicar la estabilidad de un conjunto de propiedades contingentemente agrupadas, y fundamentar así una clase natural, es la noción de mecanismos homeostáticos. Esta noción, según vimos, puede entenderse en al menos dos sentidos, los mecanismos homeostáticos son “estructuras causales subyacentes”, o también pueden entenderse como las “relaciones causales establecidas entre unas propiedades y otras”. Esta distinción obedece a una idea que Craver (2007) desarrolló y sostuvo en un primer momento respecto de los mecanismos, a saber, que estos implican necesariamente dos niveles: un nivel fenoménico y un nivel inferior en el que dicho fenómeno se realiza y, por lo tanto, en el que se muestra la estructura causal que lo hace posible. En últimas fechas sin embargo, Craver (2015) admite que no es necesario apelar a una estructura jerárquica de dos niveles para describir un mecanismo, postura que es coincidente con el segundo sentido en el que Boyd (año) habla de mecanismos, a saber, algo más parecido a redes o sistemas causales de propiedades. En ambos sentidos de la noción de mecanismo, la metáfora de la homeostasis juega un papel importante, a saber, la idea de que en todo sistema homeostático los procesos de autorregulación mantienen el equilibrio en la composición y las propiedades en el medio interno de un organismo. Tal autorregulación implica que las propiedades se alteran o regulan entre sí, es decir, que el estado de una propiedad influye en el estado de otra propiedad. Así, mientras la autorregulación se mantiene en el primer caso entre las estructuras subyacentes y las propiedades, en el segundo, la autorregulación se mantiene entre las propiedades. En ese segundo caso, los mecanismos a describir son los procesos de causalidad que permiten que unas propiedades tiendan a favorecer a otras.

Como mencionamos antes, mientras Boyd (año) discute a qué nivel operan los mecanismos homeostáticos, no especifica qué son los mecanismos, algo que es de suma importancia en una propuesta que pone en el centro esta noción para fundamentar las clases naturales. En ausencia de una definición hecha por Boyd, presentamos aquí la definición que aporta Craver (2007, 2009, 2015), quien durante años ha trabajado esta noción junto con otros

autores (Kendler, Zarcuhar y Craver, 2010; Craver y Kaplan, 2011; Povish y Craver, 2017) y que coinciden con propuestas como las de Bechtel (2006) y Bechtel y Abrahamsen (2005). Para Craver (2009): “un mecanismo es el conjunto de entidades y actividades organizadas de tal manera que producen cambios regulares partiendo de unas condiciones iniciales hasta unas condiciones finales”. Algunos aspectos clave de esta noción es la idea de *descomponer* algo en partes y tareas, e identificar su *organización* espacial, temporal y jerárquica²⁹.

Definir “mecanismo” de esta manera, parecería estar necesariamente asociado a cierta materialidad, es decir, que la identificación de partes, actividades y organización de las mismas, debe realizarse en términos espacio-temporales. No obstante, esto no es siempre así en todas las disciplinas. Por ejemplo, en el ámbito de la psicología cognitiva, un área que ha sido fundamental para el avance de diferentes disciplinas de la mente-cerebro que aquí nos concierne, la descripción de mecanismos no obedece necesariamente en todos los casos a criterios espacio-temporales. En cambio, como veremos a continuación, están sujetos a otros criterios, por ejemplo, informacionales. Bechtel (2008), un convencido de la plausibilidad de las explicaciones mecanicistas en las ciencias biológicas y las ciencias cognitivas hace una distinción entre “mecanismos biológicos” y “mecanismos mentales”. Esta distinción busca que la noción de mecanismo pueda aplicarse aún en disciplinas en las que el nivel en el que se estudia un fenómeno conlleva algo más que la transformación de procesos físicos y en donde, en cambio, la actividad principal involucra el procesamiento de información. Al ser este uno de los rasgos de los mecanismos mentales (o cognitivos), Bechtel sostendrá que es mucho más importante una descripción en términos de la información que transmiten estos procesos que la descripción de sus características físicas³⁰.

²⁹ Aquí retomaremos la noción más reciente de mecanismo desarrollada por Craver (2015, 2017), en la que no pone como condición una estructura jerárquica con dos niveles, una de los fenómenos y otra de las estructuras causales.

³⁰ Esta caracterización que Bechtel hace de los mecanismos mentales coincide con la versión más reciente de mecanismos en Craver (2015, 2017). Así mismo, como veremos en breve, aquí sugeriremos que una noción de mecanismo que puede ser útil al ámbito de clasificación de los trastornos mentales, es una noción que podría entenderse de mejor manera como “sistemas funcionalmente organizados” y que retomamos del trabajo de García (2015) sobre homología funcional y niveles de organización biológica. Esta idea de sistemas funcionalmente organizados no necesita cumplir el compromiso materialista que si requieren los “mecanismos físicos”, al mismo tiempo que suscribe un enfoque no reduccionista que atribuye una

A fin de mostrar como las ciencias cognitivas han avanzado en la investigación de los sistemas cognitivos, no sólo a través del descubrimiento de los procesos físicos sino de manera importante, a través de la comprensión de las trayectorias que sigue el flujo de información en los sistemas cognitivos, Bechtel (año) expone dos casos de estudio: el mecanismo de la visión y el mecanismo de la memoria. Una diferencia importante en el estudio de ambos mecanismos será el referente utilizado para investigar cada uno de ellos. El mecanismo de la visión, por ejemplo, posee un punto de referencia claro, el ojo, a partir del cual es posible comenzar la descomposición, localización, e identificación de tareas; en suma, la descripción de los procesos físicos e informacionales que dan lugar a la capacidad cognitiva de la visión. Los estudios sobre el mecanismo de la memoria, en cambio, al no poseer un referente físico obvio como el mecanismo de la visión, tomaron como referente la conducta, y sólo después de varias décadas de estudio, y a partir de tecnologías de observación que lo permitieron, fue posible la localización de las áreas del cerebro involucradas, las tareas desempeñadas por éstas, y la manera en que tales áreas y tareas se organizaban para dar lugar a diferentes tipos de sistemas vinculados con la memoria³¹. A diferencia de las investigaciones realizadas para estudiar el mecanismo de la visión, en las investigaciones sobre los mecanismos de la memoria, la tarea inicial de descomposición tuvo como objetivo diferenciar los fenómenos que supuestamente los constituían, no las operaciones (físicas) que las hacían posible. Es decir, los progresos logrados en esta área de estudio tuvieron lugar gracias a la identificación de los subsistemas cognitivos y las funciones desempeñadas por cada uno de ellos para hacer posible la función cognitiva de la memoria (Bechtel, 2008:50).

La distinción que propone Bechtel a través de los ejemplos expuestos, dirige nuestra atención sobre la estrategia epistemológica y metodológica que han seguido las ciencias cognitivas con el fin de avanzar en el conocimiento y comprensión de su campo de estudio. Con esto sugerimos que tanto en el campo de las ciencias cognitivas como en el de la

independencia parcial a los distintos niveles de organización biológica, no reducibles unos a otros en términos explicativos.

³¹ Bechtel (2008) utiliza el término memoria en un sentido general o amplio para hacer su análisis de los mecanismos mentales. Sin embargo, sabemos que no hay algo como un sistema funcional homogéneo como “la memoria”, sino diferentes sistemas funcionales como la memoria de trabajo, la memoria episódica, la memoria de largo plazo, memoria anterograda, etc. Es decir, diferentes mecanismos con diferentes funciones cognitivas.

psiquiatría, una condición para hacer viable el cumplimiento del criterio de los mecanismos homeostáticos, como criterio de individuación de una clase (en tanto que explica la estabilidad de sus propiedades), será preciso ampliar la noción de mecanismo en el sentido planteado por Bechtel (2008), y por otros autores como García (2015), quien habla de “sistemas funcionalmente organizados”, o Piccinini y Craver (2011) quienes hacen una distinción entre “esquemas de mecanismos” y mecanismos completos. Un denominador común de estas nociones, visto en el contexto del estudio de la cognición, es la identificación de las tareas cognitivas relevantes que son constitutivas de un sistema y hacen posible la realización de una tarea cognitiva más compleja y que permiten explicar cómo está estructurado funcionalmente dicho sistema. Un ejemplo de esto es la memoria de trabajo, la cual depende de otros procesos cognitivos tales como el bucle fonológico, la memoria episódica, el almacenaje viso-espacial y el sistema ejecutivo (García, 2015). El desempeño efectivo de cada uno de estos procesos, así como el flujo adecuado de información entre unos procesos y otros, es lo que hace posible el correcto desempeño de la memoria de trabajo. Por ejemplo, en un modelo funcional sobre la memoria de trabajo presentado por Baddeley (2002), se observa en el centro el sistema ejecutivo, mismo que está relacionado (informacionalmente) de manera bidireccional con el almacenaje viso-espacial, la memoria episódica y el bucle fonológico; estos a su vez se vinculan con la memoria de largo plazo a través de la semántica visual, la memoria episódica de larga duración y el lenguaje, mientras que estas últimas poseen entre sí una relación bidireccional, la memoria semántica y la memoria episódica de larga duración, y esta última con el lenguaje.

Una descripción funcional incluirá así, tanto las tareas o procesos específicos realizados por cada uno de los componentes como el flujo de información que se establece entre los mismos y la manera en que, en suma, dan lugar a una capacidad cognitiva más compleja. Mientras García (2015) sostiene que la explicación exhaustiva de un sistema (mecanismo) cognitivo o un sistema (mecanismo) neural, puede llevarse a cabo apelando exclusivamente a las propiedades que tiene lugar en el mismo nivel jerárquico, filósofos como Bechtel (2008) o Piccinini y Craver (2011) consideran el análisis funcional un estadio anterior a una

*explicación mecanicista completa*³², y sosteniendo que esta última involucra la especificación de propiedades estructurales.

Sin necesidad de profundizar en la discusión acerca de si los mecanismos funcionalmente caracterizados son o no explicaciones completas, baste con argüir aquí que estos mecanismos así descritos son suficientes para apelar a la robustez que es necesaria para postular que un enjambre de propiedades es justificadamente una clase natural. Indudablemente, hay explicaciones causales disponibles que invocan uno o más niveles inferiores de organización biológica, lo que conlleva a un mayor entendimiento del fenómeno en cuestión. Lo que aquí queremos argumentar es que este tipo de descripción –sistémico funcional” es suficiente para postular clases naturales dentro de la psiquiatría, dado el estado actual del conocimiento sobre los trastornos mentales, al tiempo que permite sortear las limitaciones que supone el criterio de los mecanismos homeostáticos como –estructuras causales” que (i) permiten dar verdaderas explicaciones, y (ii) bajan a un nivel de organización inferior, necesariamente.

Como veremos en el siguiente capítulo, la búsqueda de las causas y las estructuras constitutivas de los trastornos mentales, en un nivel neural y genético, ha sido uno de los objetivos más importantes de la psiquiatría desde que surge como disciplina en el siglo XIX. Con el avance teórico y metodológico de disciplinas como la psicología cognitiva y las neurociencias biológicas, esta ha sido una empresa más viable desde la década de los años setenta del siglo pasado. Con un sistema de clasificación basado en la postulación de síndromes clínicos, el gran reto de la psiquiatría ha sido investigar las causas biológicas de tales síndromes, desde el nivel neural hasta el nivel genético. Durante varias décadas el principio causal que guió las investigaciones, suponía que a cada –síndrome clínico” le correspondía una y solo una estructura causal común. Es decir, cada conjunto de síntomas concebidos como una entidad mórbida, tenía una *causa o un conjunto de causas* que en

³² Con relación a la noción de –esquemas de mecanismos”, Piccinini y Craver (2011), los definen como un tipo de explicación mecanicista que se centra en la descomposición funcional de sus componentes. Esta descomposición funcional significa que las partes de un mecanismo se individualizan por la tarea que realizan dentro de ese mecanismo. A diferencia de las explicaciones mecanicistas completas, los esquemas de mecanismos omiten, según los autores, la descripción de los detalles acerca de cómo trabaja el mecanismo. Los esquemas de mecanismos son guías útiles para investigaciones ulteriores que conduzcan al desarrollo de explicaciones mecanicistas -completas-. Esta es una visión similar a la que sostiene Bechtel sobre el avance de las explicaciones en las ciencias cognitivas.

buena medida se consideraba exclusivas y excluyentes de otros trastornos. No obstante, la búsqueda de estructuras causales exclusivas para cada diagnóstico o familia de diagnósticos psiquiátricos fue una empresa sin éxito, ya fuera porque se llevó a cabo sobre la base de “estructos no válidos” o porque los “supuestos causales” no fueron los pertinentes para aprehender los complejos fenómenos psiquiátricos. El interés por conocer las causas neurobiológicas e incluso genéticas de los trastornos mentales es y ha sido un tema de gran interés para cierta línea de investigación de la psiquiatría. Aun cuando diversas investigaciones arrojan cada vez más luz sobre los mecanismos celulares y moleculares de los procesos neurales, lo que ha permitido desarrollar mejores modelos sobre algunos de los mecanismos neurológicos que subyacen a los trastornos mentales, nos interesa sostener, sin embargo, la necesidad de no hacer de un nivel explicativo una condición necesaria para la fundamentación de una clase en el contexto de la psiquiatría. No solo porque ello representa aún un reto importante para la psiquiatría contemporánea, sino porque incluso una psiquiatría más madura en términos teóricos difícilmente encontrará causas únicas para un trastorno mental. Un principio que resulta demasiado fuerte, aun en el contexto de otras especialidades médicas. De esta manera, contrario a la tendencia de la psiquiatría biológica que ha privilegiado los niveles neural y genético como niveles de descripción necesarios para validar los trastornos mentales, aquí intentaremos defender que debería bastar con trazar la red de vínculos causales que unen unas propiedades y otras (neurales, motoras, cognitivas, emocionales, y conductuales) para considerar un enjambre homeostático de propiedades como una clase diagnóstica válida. La postura adoptada aquí no implica renunciar al criterio de Boyd (año) sobre los mecanismos homeostáticos, sino ampliar dicha noción a una concepción afin con el análisis sistémico de funciones, dejando temporalmente de lado las propiedades estructurales como la precisa realización o localización física.

¿De qué manera los *sistemas/mecanismos funcionales* entendidos como procesamiento de información (mecanismos mentales en Bechtel, año) y una noción de homeostasis entendida como la tendencia de ciertas propiedades a favorecer la presencia de otras propiedades, o como la tendencia a mantener cierto equilibrio dinámico, podrían sumarse para contribuir a una mejor individuación de los sistemas funcionales? En particular, en el contexto de la psiquiatría y la clasificación de los trastornos mentales, la noción de

homeostasis podría ser útil para introducir la idea de cómo la suma de estos elementos puede contribuir a entender por qué varios subsistemas cognitivos, emocionales y conductuales, al sufrir un fallo o déficit, producen un conjunto o enjambre más o menos estable de síntomas clínicos que puede observarse sistemáticamente de un paciente a otro. Una respuesta, derivada de lo que podríamos llamar “sistemas o mecanismos mentales homeostáticos”, sería que si un subsistema de ese mecanismo sufre algún déficit o exacerbación, eso afecta a uno o más subsistemas con los que está conectado informacionalmente. Esta dependencia informacional podría ser entonces lo que explique por qué se configuran ciertos enjambres homeostáticos de disfunciones cognitivas. Si entendemos los mecanismos cognitivos en estos términos, lo que mantendría la relativa estabilidad de un síndrome psiquiátrico, al menos en el nivel cognitivo, es la retroalimentación entre aquellos subsistemas y sistemas cognitivos que están fuertemente vinculados y que forman parte de una red causal particular.

4.3.1.2. La individuación de mecanismos homeostáticos en la teoría de clases naturales como EHP

Un problema que se deriva de la realizabilidad múltiple invocada por Boyd (año) con el objeto de capturar la diversidad presente en los sistemas biológicos, ha sido señalado por Craver (2007, 2009) y Slater (2014): el problema de la individuación de los mecanismos. El cuestionamiento que ellos plantean es el siguiente: ¿bajo qué criterios se delimita un mecanismo homeostático que será fundamento de una clase natural? Y un segundo problema señalado por Craver (2009) sería: ¿cómo sabemos si un par de mecanismos son o no de la misma clase? Una respuesta, derivada de la definición que retomamos de Craver sobre mecanismo, sería que un par de mecanismos pertenecen a la misma clase cuando estos poseen el mismo tipo de entidades, actividades y organización. No obstante, como bien aduce Craver, esta respuesta entra en tensión con la múltiple realizabilidad invocada por Boyd, pues dos mecanismos de una misma clase bien pueden realizarse bajo un conjunto de entidades, actividades y organización distinta. En este sentido, Craver distinguirá entre mecanismos etiológicos y mecanismos constitutivos (2009:584),

dependiendo de los criterios que se utilicen para agruparlos o separarlos. En el caso de los “~~m~~ecanismos etiológicos” estos podrán agruparse en una misma clase, siempre y cuando *produzcan un mismo efecto*. En cambio, los “~~m~~ecanismos constitutivos” podrán agruparse en una sola clase siempre y cuando posean el *mismo tipo de entidades, actividades y organización*, aunque no produzcan el mismo efecto. Una diferencia entre estos dos tipos de mecanismos sobre los que se podría optar se centra en cuál es la función y cómo se lleva a cabo dicha función, es decir, qué subsistemas lo constituyen.

Esta distinción a la que apunta Craver (2009:583), sólo es una entre muchas otras distinciones que podrían hacerse para establecer criterios sobre cómo delimitar un mecanismo de otro. Incluso, podría haber distinciones que no sean excluyentes y en cambio se sumen para especificar con mucho mayor detalle los criterios para delimitar un mecanismo. Por ejemplo, si se establece otro tipo de distinción entre causas próximas y causas distales, esta puede sumarse a la primera distinción referida entre mecanismos etiológicos y mecanismos constitutivos. Así tendremos un doble criterio que nos permita identificar mecanismos etiológicos de causas próximas, como los mecanismos del desarrollo, o mecanismos etiológicos de causas distales como los mecanismos evolutivos (Keil, 2003). El objetivo de esta discusión a la que apuntan Craver y Slater, es que definir un mecanismo y hacer distinciones no es algo que pueda hacerse *a priori*, depende de los objetivos explicativos de cada disciplina y sus teorías.

Slater (2014:17) ejemplifica la discusión sobre la que apunta Craver (2009) en relación con dos especies que hoy en día se reconocen como distintas en la biología, debido a sus mecanismos de reproducción. Estas dos especies son la *Drosophila persimilis* y *Drosophila pseudoobscura*. Aunque en un inicio se pensó que ambas eran una sola especie, pues su apariencia morfológica es casi idéntica, los estudios subsiguientes arrojaron diferencias relevantes como por ejemplo que no podían reproducirse entre ellas. Este caso ilustra muy bien el problema al que están apuntando Craver y Slater, pues la individuación de mecanismos se convierte en un tema de suma relevancia, cuando los límites entre una clase y otra son difusos por las similitudes en sus propiedades. Aunque ambas especies de *Drosophila* comparten propiedades morfológicas, los mecanismos que hacen de cada una de ellas una especie aparte, son sus mecanismos reproductivos que no les permiten

reproducirse entre sí. No obstante, si no se optara por elegir como mecanismo relevante el aislamiento reproductivo de ambas clases, lo cierto es que *Drosophila* también podría pensarse como un sólo género apelando a otro tipo de mecanismo. Por ejemplo, Ereshefsky y Matthen (año) propusieron como criterio alternativo para hacer de ambas clases un solo género (Slater, 2014:17) el origen histórico común y las presiones selectivas a las que están sujetas ambas formas de reproducción en cada clase.

Según hace notar Slater (2014), el criterio alternativo que ofrecen Ereshefsky y Matthen para clasificar en un solo género a *Drosophila*, no encaja con un criterio que parece estar implícito en la metáfora de homeostasis que utiliza Boyd (año), a saber, la idea del “aislamiento causal”. Una idea que justamente alude a la relativa estabilidad de los mecanismos que dan lugar al desarrollo de un rasgo, una idea contraria a la de “presiones selectivas” que potencialmente pueden perturbar los patrones causales y alterar la estabilidad en los procesos de desarrollo de una serie de propiedades (Slater, 2014:17). La idea de homeostasis, por lo tanto, caracteriza el tipo de mecanismos pertinentes a la teoría de Boyd, es decir, aquellos que ante todo permitan preservar la estabilidad de un enjambre de propiedades. Mientras que Slater, por su parte, parece sugerir que cualquier mecanismo que apele a tiempos evolutivos, difícilmente se ajustará a aquello que desea capturar Boyd con su propuesta.

Parece que Slater (2014) considera la individuación de mecanismos homeostáticos como un problema en la propuesta teórica de Boyd (año), pues está asociando el realismo de una teoría de clases con la búsqueda de mecanismos homeostáticos que develen “la estructura causal del mundo”. No obstante, Boyd no plantea que si un “mecanismos” revela la estructura causal del mundo, entonces debe ser independiente de cualquier contexto científico. Incluso, en su artículo de 2010 desarrolla con un poco de detalle la noción de condición de acomodación, la cual alude al refinamiento que tiene lugar en las prácticas de clasificación y en las manifestaciones lingüísticas de las clases naturales (Boyd 2010:215). Según vimos antes, la “acomodación” en un movimiento epistémico que tiene lugar en las prácticas clasificatorias, en relación con el refinamiento de las características causales que justifican la postulación de una clase natural. Esta condición, desde la perspectiva de Boyd (2010:214) es la que contribuye a la fiabilidad de las prácticas clasificatorias.

Boyd (2010:215) sostiene que cuando nos preguntamos sobre la definición de una clase natural K , lo que interesa conocer es qué elementos causales comunes a las entidades clasificadas como K , explican el éxito inductivo y explicativo logrado. Es decir, aquello que garantiza el éxito inductivo y explicativo con respecto a una clase natural es la identificación de los rasgos causales que son más abarcadores. Este éxito dependerá, sostiene Boyd, de la arquitectura inferencial de cada disciplina (Boyd, 2010:215) misma que puede trazarse a partir de las conexiones inferenciales características que hay entre la definición de un término de una clase K y el resto de los términos de otras clases dentro de la misma disciplina. Boyd sostiene que si se tienen en cuenta las prácticas de clasificación que se ajustan a los fenómenos causales relevantes, es muy probable que tenga lugar una cierta “vaguedad” en la extensión de los términos asociados a las clases, lo cual no implica imprecisión inapropiada, sino la acomodación de las prácticas de clasificación a los fenómenos causales relevantes. Por ende, la individuación de mecanismos no tendría por qué ser un problema en el sentido planteado por Slater (2014), pues la individuación de mecanismos no depende de un conjunto de criterios necesarios y suficientes para todas las disciplinas sino como apunta Boyd, de la arquitectura inferencial de cada disciplina. En otras palabras, Boyd (2010) sostiene una postura pluralista de los mecanismos; posición que comparte con Craver (2009) y Ereshefsky y Raydon (2015). O sea, los mecanismos no se descubren en el mundo de manera espontánea e independiente de las teorías, métodos y prácticas de clasificación. Es, por el contrario, un trabajo que se resuelve al interior de cada disciplina, partiendo de una definición mínima de mecanismo y teniendo en consideración las herramientas teóricas y metodológicas para investigar los mismos.

Independientemente de nuestro desacuerdo con Slater (2014) en relación con la individuación de mecanismos, hay un aspecto de su crítica a Boyd (año) que si nos interesa, y es *el rol central que Boyd otorga a los mecanismos causales para explicar la estabilidad relativa de un grupo de propiedades*. Para Slater el agrupamiento sistemático de ciertas propiedades es suficiente para realizar inducciones, y no es necesario que tales conjuntos de propiedades que se observan unidas de manera estable estén asociadas a una estructura causal. Parte del problema, sostendrá Slater, es el uso de la metáfora de homeostasis como mecanismo “estabilizador” y causalmente relevante entre una estructura de un nivel inferior y un conjunto de propiedades de un nivel superior. Reconociendo que la noción de

estabilidad es importante, este autor propone deshacerse de la metáfora de homeostasis para retomar únicamente la idea implícita que le subyace. Su propuesta será, entonces, concentrarse en la “estabilidad” de los enjambres de propiedades y en las inducciones y explicaciones que pueden derivarse de esta estabilidad. Dicha estabilidad, sostiene, remite a un tipo distinto de mecanismos que explica qué relaciones mantienen asociadas unas propiedades y otras entre sí, y no necesariamente al tipo de mecanismo causal que explica ¿por qué tales propiedades se mantienen establemente asociadas? (condición de Boyd). Aunque Slater no deja claro el tipo de mecanismos al que apela, y en qué sentido se distinguen de los mecanismos causales, podemos suponer que ese otro tipo de mecanismos que mantienen establemente unidas unas propiedades y otras podrían ser el tipo de mecanismos que hemos propuesto aquí, los mecanismos funcionales.

A diferencia de Slater (2014) quien juzga de desafortunado el uso de la metáfora de homeostasis, aquí consideramos que es útil para representar las relaciones de causalidad establecidas entre las propiedades de un enjambre, *sin que necesariamente apelemos a una estructura causal de un nivel inferior*. Como vimos en el apartado anterior, a partir de la noción de *sistemas/mecanismos funcionales*, la idea de dependencia informacional y la de retroalimentación, bien podría explicarse la estabilidad y robustez de los enjambres de propiedades que constituyen los distintos trastornos mentales. Lo que aquí se sugiere es que bastará con entender las relaciones de dependencia informacional que hay entre unos subsistemas y otros, y la fuerza con la que unos afectan a otros, para poseer un fundamento suficientemente fuerte antes de decidir si un enjambre de propiedades es o no una clase natural en el sentido planteado hasta aquí. Es decir, sin necesidad de apelar en primera instancia a un nivel inferior de organización biológica.

Para finalizar, resulta pertinente señalar que el interés por apuntar aquí a las preocupaciones de Slater (2014) con respecto a los problemas derivados del criterio de los mecanismos homeostáticos como elementos definitorios de una clase natural, se debe a que estos temas son particularmente relevantes a la clasificación de trastornos mentales en la psiquiatría. Como veremos en el siguiente capítulo, el sistema de clasificación de los trastornos mentales más difundido en la práctica clínica y en la investigación, el DSM, mantiene una estrategia de clasificación que consiste en agrupar síntomas que co-ocurren de manera más

o menos sistemática. No obstante, sobre la base de esta co-ocurrencia de síntomas, el supuesto causal asociado levanta un único mecanismo causal común a nivel neurológico para explicar la co-ocurrencia de tales síntomas. Sobre la base de este principio causal, la psiquiatría se ha dado a la tarea de investigar las causas de los distintos trastornos mentales, esperando encontrar los mecanismos subyacentes (a nivel neural o genético) que confirmen su naturaleza fisiopatológica. Progresivamente, en los últimos 30 años (aproximadamente), la investigación ha hecho caer poco a poco esta hipótesis sobre la existencia de un mecanismo causal único para cada trastorno, evidenciando en cambio la complejidad de los patrones causales que intervienen en la aparición y desarrollo de la mayoría de trastornos mentales.

Aun cuando es innegable que las explicaciones fisiológicas de los rasgos clínicos de los trastornos mentales proveen de una mayor comprensión de estos fenómenos, en lo que respecta a la tarea taxonómica bastará con una definición de mecanismos en términos funcionales para delimitar una categoría psiquiátrica de otra; criterio por el que apostamos en este trabajo de investigación y cuyas razones quedarán expuestas con mayor detalle en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 5.-

Estrategias de clasificaciones de los trastornos mentales: DSM, RDoC y enjambres de mecanismos homeostáticos

Resumen y objetivos del capítulo

En este quinto y último capítulo se presentan, en primer lugar, los antecedentes de la estrategia descriptiva de clasificación adoptada en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales*, el programa de validez de diagnóstico de Robins y Guze (1975) y la noción de validez conceptual sugerida por Wakefield (1992, 2014), con el objetivo de encaminarnos hacia un mejor sistema de clasificación científico de las enfermedades mentales. El objetivo de esta primera parte del capítulo, es argumentar que los supuestos causales que guiaron la construcción del sistema de clasificación más extendido en la psiquiatría durante los últimos 40 años, han representado serias limitaciones para el propio programa de validez, impidiendo que el DSM se consolide como un sistema de clasificación científico. Más adelante se expone brevemente, y a manera de contraste, el *Proyecto de Investigación por Criterios de Dominio* (RDoC), un proyecto que surge en 2008 como una propuesta alternativa para investigar y clasificar los trastornos mentales desde una perspectiva etiológica. Junto con el RDoC, se expone otro proyecto de investigación sobre “endofenotipos”, una noción que se define como “como la medida de componentes que no son observables de manera directa y que se encuentran *entre* la enfermedad y el genotipo”. Ambos proyectos forman parte de la segunda psiquiatría biológica, una noción que surge teniendo como referencia la primera psiquiatría biológica del siglo XIX que se atribuye a Emil Kraepelin (1856-1926) y Wilhem Griesinger (1817-1869). Este par de proyectos representan hoy día el rumbo que toma la investigación en psiquiatría y que en alguna medida se perfila como un proyecto alejado de la clínica psiquiátrica. La tendencia de las investigaciones en este campo, es clasificar los trastornos mentales en virtud de los genes que son responsables, o que al menos implican un riesgo importante para el desarrollo de estos padecimientos.

Por último, en la tercera y última parte del capítulo buscamos integrar un marco epistemológico a partir del análisis sistémico de funciones y de la noción de clases naturales como enjambres de sistemas/mecanismos funcionales homeostáticos (ambas desarrolladas en el cuarto capítulo). Por un lado, argumentaremos que el análisis sistémico de funciones es una estrategia de investigación que permite individuar mecanismos mentales sin el costo empírico que supone la teoría etiológica de funciones, como ya vimos en el capítulo anterior al presentar la propuesta de Cummins y Roth (año). Por el otro, la noción de clases naturales como enjambres de mecanismos homeostáticos permite vislumbrar una noción de causalidad acorde con los fenómenos psiquiátricos, evitando caer en la visión ingenua que busca estructuras causales homogéneas para cada trastorno mental. En el marco de este par de teorías, la teoría sistémica de funciones y la teoría de clases naturales como enjambres homeostáticos de propiedades, sugerimos una *estrategia funcional de clasificación* de los trastornos mentales, misma que concebimos como una estrategia intermedia entre la *estrategia descriptiva* del DSM y la *estrategia etiológica* del RDoC y modelos como el de los endofenotipos. Es decir, evitamos una estrategia de clasificación que se sostiene sobre un lenguaje descriptivo y ambiguo de síntomas, al mismo tiempo que evitamos el compromiso de la estrategia etiológica que en alguna medida sigue buscando causas homogéneas y distintas para cada trastorno mental. En su lugar, la estrategia funcional solo pretende identificar los mecanismos funcionales que han sufrido alguna disfunción o fallo. La propuesta es que la disfunción de uno o más mecanismos funcionales pueden constituir un trastorno mental, y que estos son susceptibles de expresarse de manera variable y de tener patrones causales distintos, sin que ello impida reconocerlos como parte de una misma clase diagnóstica.

5.1. Antecedentes de la estrategia de clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM) a partir de su tercera edición

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM), publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), y la *Clasificación Internacional de*

Enfermedades (CIE), publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)³³, constituyen hoy en día la base de la psiquiatría moderna. El uso de la nomenclatura y definiciones diagnósticas contenidas en ambos sistemas de clasificación se ha extendido, en los últimos treinta años, no solo a las diferentes áreas de la psiquiatría (clínica e investigación en epidemiología, genética, psicofarmacología, etcétera), sino a las ciencias médicas en general. Hacer posible el uso extendido y correcto de estos manuales de clasificación ha implicado la depuración constante y progresiva de los diagnósticos y sus definiciones. En primera instancia, fue imprescindible clarificar el lenguaje y los criterios de aplicabilidad de los diagnósticos, asegurando con ello un uso estandarizado en diferentes contextos clínicos, académicos y culturales. Adicionalmente, fue preciso revisar que las categorías postuladas aportaran información relevante sobre las probabilidades de recuperación, recaída o cronicidad que implicaba cada condición, así como el tipo de deterioro y discapacidad social asociada. Con el objeto de poseer no sólo diagnósticos claros en sus definiciones, y relevantes en cuanto a la información contenida, se buscó además que las fronteras entre unos y otros fueran las correctas a fin de asegurar la correcta categorización de estos en clases excluyentes. La manera en que se depuró y mejoró el sistema de clasificación de los trastornos mentales no fue casual. Dado que los principios que guiaron el proceso estuvieron definidos por el “ideal científico de clasificación” derivado del positivismo lógico, fue necesario establecer una estrategia para avanzar en ese sentido. Aun cuando la primera versión del DSM, publicada en 1950, se elaboró con el fin de consensar diferentes clasificaciones desde una perspectiva científica, lo cierto es que el resultado fue la amalgama de una serie de categorías heredadas de diferentes bagajes teóricos sin más cohesión o coherencia que la de pertenecer a un mismo sistema de categorías psiquiátricas. Reconociendo las serias deficiencias de su sistema de clasificación en ciernes, la APA extendió una invitación a Carl Hempel para dictar una conferencia, en 1959, en la que el filósofo aportaría las directrices sobre la estrategia taxonómica a considerarse en la construcción de un verdadero sistema científico de clasificación de los trastornos mentales. Lo que parecía urgente era saber en qué sentido debía dirigirse el

³³ Al día de hoy el apartado sobre “Trastornos Mentales y de la Conducta” incluido en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), no podría considerarse una clasificación distinta del DSM, pues contiene mínimas diferencias e incluso para cada diagnóstico, hay un señalamiento del código que le corresponde en el sistema homólogo.

proceso de construcción de un sistema taxonómico de los trastornos mentales de base empírica, en contraste con algunas de las clasificaciones heredadas del siglo XIX³⁴ que estaban fundadas sobre principios *a priori* y concepciones idiosincrásicas sobre la naturaleza y causa de los trastornos mentales. Una limitación fundamental que debía considerarse era la falta de datos sobre las causas biológicas y/o psicológicas de la mayor parte de los trastornos mentales. Los únicos datos con los que se contaba eran *descripciones* de los síndromes, es decir, los síntomas que podían observarse en tercera persona, reportes en primera persona, edades de inicio, curso del trastorno, deterioro o mejoramiento en el tiempo, en suma, todas aquellas características asociadas con la emergencia, desarrollo, remisión o cronicidad de las conductas patológicas.

Dada la importancia que el Empirismo Lógico dio al “lenguaje empírico” como vehículo de significados empíricos, la recomendación de Hempel fue comenzar por elaborar *definiciones operacionales* de las categorías psiquiátricas, con el fin de suplirlas posteriormente por sus referentes naturales, es decir, por explicaciones sobre la naturaleza y origen biológico de los síndromes psiquiátricos. Según su propia definición: “Una **definición operacional** para un término dado, se concibe como aquella que proporciona criterios objetivos por medio de los cuales cualquier investigador científico puede decidir, para cada caso particular, si el término se aplica o no” (Hempel, 1994:319). El objetivo era que estas definiciones operacionales fueran el puente entre los conceptos o categorías psicológicas y su referente “biológico” en el sistema nervioso. En este sentido, aunque la estrategia inicial para reconstruir el sistema de clasificación de los trastornos mentales fue redefinir las categorías existentes en términos operacionales, el objetivo último era establecer las leyes generales y principios teóricos que permitirían explicarlas, predecirlas y comprenderlas en términos neurobiológicos (Hempel, 1994:317). Bajo esta lógica, v acorde

³⁴ A lo largo del siglo XIX se sucedieron una variedad de enfoques y criterios de clasificación, desde los criterios morales de los alienistas, la teoría de las facultades mentales, las hipótesis sobre la etiología orgánica, o las teorías psicodinámicas con sus modelos sobre las estructuras psíquicas. Aun cuando muchas de estas clasificaciones no sobrevivieron al cambio de siglo, muchas de ellas permanecieron vigentes hasta la elaboración de la primera y segunda versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM), con lo cual los diagnósticos en él contenidos provenían de diferentes filiaciones teóricas. En este sentido, uno de los principales objetivos fue traducir todo los diagnósticos rescatables a un lenguaje que Hempel llamo operacional, es decir, un lenguaje intersubjetivamente inteligible, más allá de cualquier filiación teórica.

con el programa empirista de la ciencia, la estrategia inicial de la APA, respecto a su sistema de clasificación (DSM), fue el refinamiento gradual de los criterios y el lenguaje utilizados para designar a un paciente como miembro de una *clase diagnóstica*. Posteriormente, una vez que se contara con estas definiciones operacionales de los síndromes psiquiátricos, estas debían verificarse en el campo de las ciencias de la conducta y las neurociencias a fin de confirmar su correspondencia con alguna alteración, daño o disfunción en las regiones cerebrales y, por lo tanto, conocer las leyes a las que estaban sometidos.

A partir de las sugerencias realizadas por Hempel a la APA en relación con la empresa taxonómica de la psiquiatría, se establecieron dos cualidades básicas para conducir el sistema de clasificación hacia un derrotero científico: *fiabilidad* y *validez* de las categorías diagnósticas. La fiabilidad, entendida como el grado de acuerdo entre los usuarios de un diagnóstico, implica que los criterios de definición del diagnóstico deben ser claros y debe haber un consenso con respecto al lenguaje utilizado para referir a conductas, estados emocionales, aspectos cognitivos o motores, etcétera, asociados a ese diagnóstico. La fiabilidad de un diagnóstico, por ejemplo, es importante en la práctica clínica y en la investigación, pues permite interpretar y aplicar de manera estandarizada las categorías diagnósticas del sistema de clasificación³⁵. En este trabajo no nos detendremos más en esta primera noción de fiabilidad, aunque sus consecuencias en el diagnóstico son por demás dignas de ser abordadas, sino que nos centramos en la propia tarea clasificatoria.

En cuanto a la noción de validez a la que nos referimos, y que está asociada a la empresa de clasificación de los trastornos mentales, esta proviene de la psicometría. Esta disciplina se basa en modelos matemáticos sofisticados con el fin de evaluar cuantitativamente instrumentos y pruebas de medición de atributos psicológicos y sociales. En el contexto de

³⁵ El interés por lograr un alto coeficiente de fiabilidad de los diagnósticos tuvo un desarrollo paralelo a la elaboración de las definiciones operacionales. Esto se tradujo en la descripción clara, precisa y exhaustiva de las conductas, síntomas, signos, edad de aparición, curso y pronóstico que caracterizan cada trastorno. Adicionalmente, se diseñaron entrevistas estructuradas así como otros instrumentos para medir capacidades cognitivas, a fin de evitar la interpretación subjetiva de los criterios diagnósticos por parte del clínico; estandarizando así la información necesaria para emitir un diagnóstico. La especificación de los criterios para definir un diagnóstico (es decir, la elaboración de definiciones operacionales, tal como lo recomendó Hempel) cobró relevancia hasta la tercera edición del DSM-III en 1982, cuando Robert Spitzer, líder del equipo de trabajo para revisar el DSM, propuso reconstruir el aparato clasificatorio de la psiquiatría desde una perspectiva descriptiva a fin de evitar cualquier hipótesis sobre la etiológica de los trastornos mentales.

la psicometría, la noción de validez ha evolucionado desde principios del siglo XIX hasta nuestros días. En sus inicios respondió a la pregunta sobre la correcta medición de un atributo psicológico a través de una prueba, es decir, el objetivo era confirmar si los ítems de una prueba describían correctamente aquello que se pretendía medir (Cattel, 1946; Kelly, 1927); posteriormente, pasó por la pregunta sobre si las relaciones empíricas reflejadas en los resultados de una prueba concordaban con las relaciones teóricas establecidas en una red nomológica (Cronbach y Meehl, 1955); o la pregunta acerca de las consecuencias empíricas derivadas de la interpretación de una prueba, su uso y si estas constituían o no una evidencia de la validez de una prueba (Messick, 1989; Borsboom et al. 2004: 1061); hasta una interpretación propuesta recientemente por Borsboom, Mellenbergh y Van Heerden (2004), quienes reformulan la validez como medida para confirmar la existencia de un atributo. Esta última, una concepción que pretende rescatar con mayor simplicidad las inferencias que pueden hacerse a partir de una medición.

A partir del artículo de Cronbach y Meehl (1955), *The Concept of Construct Validity*, la noción de validez que cobra relevancia en la literatura es la *validez de constructo*. Los autores retoman esta noción una vez que el Comité sobre Test Psicológicos (1954) de la American Psychological Association (APA) establece cuatro tipos de validez en virtud de los tipos de investigación y los tipos de interpretación que necesitan las pruebas psicológicas. Estos subtipos fueron en un principio: validez coincidente, validez predictiva, validez de contenido y validez de constructo. La primera, la *validez coincidente* tiene lugar cuando coinciden los resultados de un instrumento que permite diagnosticar, por ejemplo, depresión mayor, con algún extracto de otro instrumento que entre otras cosas monitorea ítems relacionados con el mismo diagnóstico (Cronbach y Meehl, 1955:282). Es decir, mediante dos instrumentos con variables distintas, confirman un mismo diagnóstico. La *validez predictiva* es la relación de continuidad entre un síntoma o signo observado en el pasado y otro signo o síntoma que puede medirse y evaluarse en el futuro. La *validez de contenido* se establece al mostrar que los componentes de una prueba son una muestra del universo de investigación (Cronbach y Meehl, 1955:282). Una interpretación más reciente de la validez de contenido la entendería como “el grado en el que una medida empírica refleja un dominio específico de contenido” (Aboraya, 2005:50). Es decir, qué tanto la definición de un diagnóstico refleja los síntomas de esa enfermedad, síndrome o trastorno.

Por ejemplo, en la psiquiatría el diagnóstico de depresión tendrá validez de contenido en la medida en que haya un acuerdo en que sus síntomas son estado de ánimo decaído, desesperanza, pérdida de interés, placer en actividades cotidianas, etcétera.

Por último, el objetivo de la *validez de constructo* es poner a prueba la hipótesis sobre un atributo psicológico, o en el caso de la psiquiatría, se pone a prueba la definición de una categoría diagnóstica y su delimitación de otros trastornos. En el diagnóstico de esquizofrenia, por ejemplo, se mide la correlación entre criterios diagnósticos como edad de comienzo en la juventud, síntomas psicóticos, ausencia de causas orgánicas, antecedentes de esquizofrenia en la familia, etcétera; mientras que en la demencia se mide la correlación entre edad de comienzo tardío, daño en la memoria de corto y largo plazo, alteración de las funciones corticales superiores y otros síntomas psicológicos.

Cronbach y Meehl (1955) refieren que la validez de constructo fue una importante innovación en la teoría de las pruebas, pues mientras en la validez predictiva, concurrente y de contenido los criterios que definen el atributo o cualidad psicológica han sido establecidos, en la validez de constructo el atributo o cualidad que se quiere medir no ha sido aún definido operacionalmente o no ha sido aceptado. En cambio, el significado de un atributo se deriva de la red nomológica donde se definen sus condiciones y relaciones con otros atributos y enunciados de observación, con lo cual el atributo adquiere validez una vez que se interpretan los resultados que miden la adecuación entre la red de enunciados nomológicos que lo definen y los enunciados de observación. Por ende, resulta relevante este tipo de validez dado que es necesario determinar qué constructo psicológico es adecuado para el correcto desempeño de una prueba. (Cronbach y Meehl, 1955: 281-282)

Tomando como marco de referencia el desarrollo teórico del concepto de validez desarrollado desde 1955, Robins y Guze, en el contexto de la psiquiatría, propusieron en 1970 un *Programa de validez de diagnóstico* con el fin de trabajar en el mejoramiento de las categorías psiquiátricas postuladas hasta el momento en el sistema de clasificación de las enfermedades mentales, y determinar si tales categorías reflejaban realmente el universo de las patologías mentales. Los autores partieron de una concepción neo-krapeliana de las enfermedades mentales, según la cual la psicopatología comprende entidades taxonómicamente discretas (Cloninger, 1989:14). El programa de Robins y Guze (1970) se

diseñó desde su inicio en dos dimensiones: una *dimensión psicométrica* y una *dimensión neurobiológica*, pues se perfilaba en dos etapas, una etapa inicial cuyo objetivo era el trabajo en la descripción y delimitación de los síndromes y una segunda etapa en la que debían determinarse qué marcadores biológicos³⁶ serían pertinentes para confirmar cada diagnóstico psiquiátrico. En un inicio, esta segunda dimensión neurobiológica de la validez de diagnóstico fue pensada como una meta a alcanzar antes que como una posibilidad real; incluso, es hasta 1995 que Nancy Andreasen propone, en un breve artículo titulado *The Validation of Psychiatric Diagnosis: New Models and Approaches*, la necesidad de incorporar nuevos criterios de validez para vincular síndromes a su sustrato biológico, aprovechando los avances en genética molecular y las neurociencias³⁷. Es la misma Andreasen, en ese texto, quien introduce el criterio de los marcadores biológicos, una idea que claramente retoma de la medicina en la que los diagnósticos se confirman, en algunas ocasiones, a través de pruebas de laboratorio que miden parámetros en la sangre, la orina, el corazón, etcétera.

Durante más 40 años el programa de validez de diagnóstico de Robins y Guze (1970) fue considerado metodológicamente adecuado para validar los diagnósticos en términos de su constructo, es decir, en términos de las características que los definían y delimitaban de

³⁶ Un marcador biológico es un componente o sustancia que puede medirse. Por ejemplo, los triglicéridos, el colesterol, la insulina, las plaquetas, etcétera, son marcadores biológicos, y la disminución o aumento en los niveles considerados normales se consideran signos de una disfunción o lesión en algún órgano o sistema del organismo. En psiquiatría, el Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF por sus siglas en inglés) es un marcador biológico: niveles elevados del mismo resultan de una hiperactividad del sistema inmune tanto a nivel cerebral como de los órganos periféricos. El incremento del BDNF se ha visto en pacientes con meningoencefalitis que presentan síntomas psiquiátricos. Los niveles elevados de este factor suelen interpretarse como un “aflejo” de daño neuronal y, por lo tanto, un predictor de dichas patologías.

En un primer momento, el estudio de las características biológicas en los trastornos mentales se centraba en el nivel de concentración de neurotransmisores y sus metabolitos o precursores. Más tarde, la atención se desplazó a los sistemas receptores. Actualmente el interés se centra en los procesos intracelulares y los cambios relacionados con el curso de la enfermedad y el tratamiento psicofarmacológico. El conjunto de biomarcadores de trastornos mentales y de predicción de respuestas terapéuticas se centra en las características celulares, neuroquímicas, neuroendócrinas, genéticas y neuroinmunológicas, que en algunos casos pueden medirse en sangre periférica. Este es el caso del BDNF, del cual existen numerosos reportes que aportan datos proponiéndolo como un potencial biomarcador para: evaluar disfunciones cognitivas en pacientes con esquizofrenia; evaluar la progresión de la enfermedad en el trastorno bipolar; diferenciar depresión bipolar y unipolar; en la recuperación de anorexia nerviosa; potencial marcador predictivo de respuesta a fármacos en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, en función de los cambios en los niveles de BDNF; y, evaluar la severidad de los síntomas en LES neuropsiquiátrico y distinguirlo de la Psicosis Esteroidea.

³⁷ El presupuesto de esto es que habrá una correlación 1-1 entre el tipo síndrome y el tipo de sustrato biológico; y si no existe esa correlación entonces la validez del síndrome es cuestionada.

otras categorías postuladas. Lo que sostengo en este trabajo, es que el programa mencionado *fracasó en su intento por confirmar la existencia de los síndromes postulados*, pues el programa mismo descansa sobre algunos supuestos problemáticos: el modelo clínico-patológico de enfermedad y vinculada a este, una concepción particular de las conexiones causales entre eventos clínicos y procesos neurobiológicos. Bajo este principio de causalidad se asume una cierta homogeneidad y linealidad entre el trastorno y su sustrato neuro-cerebral, lo cual significa que para un conjunto de síntomas que co-varían, existe una y sólo una estructura causal común que le subyace. Las consecuencias de estas concepciones inapropiadas de enfermedad y de causalidad no se hicieron esperar; las investigaciones sobre un conjunto de pacientes con el mismo diagnóstico arrojaron una diversidad de hallazgos incompatibles con las expectativas neurológicas y genéticas derivadas de tales concepciones. Incluso, en algún momento se llegó a pensar que la variabilidad intra-categorial era un obstáculo para hallar estructuras causales comunes a los diagnósticos. No obstante, la variabilidad intra-categorial no es un problema exclusivo de la psiquiatría, pues en otras disciplinas médicas, pacientes con un mismo diagnóstico tienen cuadros clínicos con semejanzas y variaciones en las que unos rasgos coinciden y otros no. Podríamos admitir sin embargo, que la variabilidad intra-categorial es un fenómeno más extendido en la psiquiatría, pues es posible hacer un diagnóstico siempre y cuando se presenten unos cuantos síntomas dentro de un conjunto amplio, lo que implica que las combinaciones posibles de síntomas son amplias. Por otro lado, al igual que en la medicina general, los distintos diagnósticos psiquiátricos comparten síntomas entre sí, con lo cual no es posible esperar que haya causas exclusivas o patrones causales homogéneos para un mismo diagnóstico. Si bien puede haber factores causales comunes a grupos de pacientes, las trayectorias causales parecerían ser relativas a cada cuadro clínico de pacientes en particular.

A continuación se expondrá el programa de *validez de diagnóstico* publicado en 1970 y las particularidades de sus dimensiones psicométrica y neurobiológica, además de sugerir algunas razones de por qué se considera que este programa fracasó en su intento por consolidar un sistema de clasificación científico, objetivo último de la formulación de Robins y Guze (1970). La idea era que el programa de validez de diagnóstico permitiría eventualmente transitar de una estrategia de clasificación descriptiva u operacional, la del

DSM, hacia un sistema de clasificación basado en una estrategia etiológica de individuación de diagnósticos psiquiátricos.

5.1.1. Validez de diagnóstico

—Todas estas limitaciones en el paradigma de diagnóstico actual sugieren que la investigación centrada exclusivamente en el perfeccionamiento de los síndromes definidos en el DSM nunca podrá tener éxito en el descubrimiento de sus causas subyacentes. Para que eso suceda, es necesario que se produzca un cambio de paradigma aún desconocido. Por lo tanto, otro objetivo importante de este volumen es trascender las limitaciones del actual paradigma del DSM y fomentar una agenda de investigación que vaya más allá de nuestras actuales formas de pensar, para tratar de integrar la información de una amplia variedad de fuentes y tecnologías.” (Kupfer et al. 2002: xix)

Antes de comenzar este apartado es preciso recordar que la estrategia de clasificación del DSM fue postular diagnósticos a partir de la agrupación de síntomas que regularmente se observaban juntos en un número de pacientes. El método de clasificación de este manual ha sido fundamentalmente clínico, dejando de lado la tarea de dar algún tipo de explicación causal, desde cualquier enfoque teórico. En este sentido, los diagnósticos postulados han dependido fundamentalmente del acuerdo entre expertos y, en este sentido, se trabajó inicialmente en la fiabilidad (reliability) de las categorías diagnósticas, es decir, en que estos fueran entendidos y aplicados correctamente por una amplia comunidad de practicantes de la psiquiatría clínica. Ahora bien, sin necesidad de esperar a que todos los diagnósticos establecidos en el DSM fueran plenamente fiables, Robins y Guze (1970) propusieron una metodología en cinco fases dirigida a trabajar en la validez de los diagnósticos psiquiátricos. El objetivo del programa propuesto fue revisar la correcta descripción y delimitación de las categorías del sistema de clasificación, considerando que la constante hasta ese momento había sido definir los diagnósticos en virtud de principios de la medicina del siglo XIX (como la existencia de correlaciones 1-1 entre el síndrome y su sustrato biológico) y no basados en estudios sistemáticos. En su breve artículo, titulado “Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness: Its Application to Schizophrenia”, los autores pusieron a prueba dos hipótesis sobre el diagnóstico de la

esquizofrenia, la hipótesis de la *demencia precoz* de Emil Kraepelin (1899) y la de *esquizofrenia* de Eugen Bleuler (1911). La idea es que ahí donde Kraepelin identificó de manera unitaria una sola enfermedad (que podría tener un buen pronóstico o un mal pronóstico) Bleuler cuestionó esta clasificación, postulando en cambio más de una categoría diagnóstica.

Ambos psiquiatras partieron de enfoques distintos para clasificar lo que hoy se conoce como esquizofrenia. Kraepelin, por ejemplo, bajo una perspectiva sintomatológica y evolutiva³⁸, observó una serie de síntomas que tendían hacia el deterioro afectivo y cognitivo de los pacientes y, de manera unificadora, denominó *demencia precoz* a un espectro de síntomas que podían derivar en dos formas distintas del mismo trastorno: una progresiva que conducía eventualmente al deterioro permanente, y otra que cursaba con brotes esporádicos pero sin un déficit irreversible (Novella y Huertas, 2010:208). Por su parte, Bleuler, desde una perspectiva interpretativa de la psicopatología, identificó cinco formas clínicas, de las cuales al menos tres coincidían con las formas kraepelinianas: paranoide, catatónica y hebefrénica³⁹, más una forma simple y otra latente, compensada o paucisintomática. Cabe mencionar que Robins y Guze no se proponen encontrar una o cinco formas clínicas, sino un trastorno con pronóstico positivo o pronóstico negativo, o dos trastornos distintos.

Tomando en consideración esta discrepancia de opiniones respecto a la demencia precoz/esquizofrenia, Robins y Guze (1970) decidieron hacer un meta-análisis de los datos arrojados por una serie de estudios que organizaron en un programa de cinco fases complementarios: (1) *descripción clínica*, es decir, revisión de los síntomas asociados al síndrome y variables como sexo, raza, edad de aparición de los primeros síntomas y factores detonantes; (2) *estudios de laboratorio* que idealmente debían incluir análisis químicos, fisiológicos o anatómicos, y sólo de manera excepcional exámenes psicológicos que fueran confiables y reproducibles; (3) *delimitación de otros trastornos*, a partir de la especificación de criterios de exclusión con el objetivo de evitar en los estudios la inclusión

³⁸ El término evolutivo en Kraepelin se refiere al pronóstico de la enfermedad, es decir, a como se transforman los síntomas en el tiempo. No se refiere por lo tanto a la teoría evolutiva.

³⁹ La esquizofrenia hebefrénica se conoce también como **esquizofrenia** desorganizada, y se caracteriza por comportamiento con alteraciones espontáneas sin ningún propósito o motivación, agitación y desinhibición.

de pacientes con trastornos similares (por ejemplo.....); (4) *estudios de seguimiento* para confirmar el diagnóstico inicial a lo largo del tiempo; y finalmente (5) *estudios de familia* con el objetivo de observar los roles de la herencia, las interacciones familiares, la inteligencia, la educación y los factores sociales en el desarrollo del diagnóstico (Robins y Guze, 1970:984).⁴⁰

Este programa en cinco fases tuvo desde su inicio una gran aceptación, constituyendo hasta el día de hoy una metodología estandarizada para validar las categorías psiquiátricas. Como puede observarse en los criterios de las cinco fases del programa de validez de diagnóstico, estos poseen una orientación fundamentalmente clínica y epidemiológica y aun cuando incluyen estudios de laboratorio, en realidad dejan éstos como un criterio a futuro. Fundamentalmente, el programa de validez propuesto se caracterizó por buscar la descripción correcta de los diagnósticos, en términos de la naturaleza, duración, gravedad, de los síntomas, pero no se buscó explicarlos causalmente.

Como ya mencioné más arriba, es hasta 1995 que Nancy Andreasen planteó de manera explícita en un brevísimo artículo de 1995 (*The Validation of Psychiatric Diagnosis: New Models and Approaches*) la necesidad de incorporar nuevos criterios de validez para vincular síndromes a su sustrato biológico, aprovechando los avances en genética molecular y neurociencias. Proponiendo así la noción de *marcadores biológicos*, es decir, de componentes o sustancias que puedan medir y reflejar algún tipo de fallo o lesión de algún órgano o sistema neurocognitivo. Anteriormente, en 1989, Grove y Andreasen señalaron un problema recurrente en las categorías psiquiátricas, a saber, el traslape de grupos de pacientes con diagnósticos distintos pero con expresiones fenomenológicamente similares⁴¹, como los casos de la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar, o la depresión

⁴⁰ Algunos años más tarde, en 1980 Kennett Kendler en un artículo titulado *The nosologic validity of paranoia* propuso una serie de criterios complementarios de validez organizándolos en tres categorías: criterios antecedentes, confirmatorios y predictivos. Entre los criterios de validación antecedente incluyó datos sobre agregación familiar, personalidad pre-mórbida y factores detonantes; entre los criterios confirmatorios propuso pruebas psicológicas para medir el nivel de daño cognitivo en diferentes áreas de desempeño; y con relación a los criterios predictivos propuso medir la consistencia del diagnóstico a través del tiempo con índices de recaídas, recuperación y respuesta al tratamiento. Aparentemente la propuesta de Kendler es sólo una reorganización, sin demasiadas consecuencias, de los criterios de Robins y Guze, pues en la bibliografía revisada no se utiliza e incluso no se menciona esta segunda propuesta, siguiendo vigente sólo en aquel primer programa de 1970.

⁴¹ Los autores no especifican qué significa que dos síndromes son fenomenológicamente similares. Sin embargo, podemos suponer que son aquellos cuyas descripciones sobre características observables expresan

y el trastorno de pánico. A fin de discernir un diagnóstico de otro estos psiquiatras sugirieron que la *respuesta al tratamiento* podía ser un indicador biológico para diferenciar unos diagnósticos de otros. Por ejemplo, la respuesta al tratamiento con litio sería un indicador positivo para identificar el diagnóstico de trastorno bipolar, y distinguirlo de la esquizofrenia la cual, en general, no responde a este tipo de tratamiento.

Para Grove y Andreasen (1989:128), una verdadera distinción entre diagnósticos debía estar fundada en aspectos biológicos, o como ellos les llamaron, aspectos naturales y no arbitrarios. En este sentido, ambos autores proponen que una distinción verdaderamente satisfactoria entre dos diagnósticos fenomenológicamente similares tendría que darse en términos etiológicos. Ahora bien, ellos proponen cierto tipo de relación entre el trastorno y su etiología, como un criterio suficiente para distinguir dos trastornos: “Nuestros criterios para decir que un trastorno se distingue de otro son la existencia de síndromes constituidos de signos interrelacionados y la distinción cuantitativa no artificial entre grupos” (pp.). Grove y Andreasen propusieron identificar las causas que intervienen en el desarrollo de una enfermedad, haciendo primero una distinción entre tipos de causalidad fuerte y débil, conscientes, por ejemplo, de la diferencia entre factores de riesgo y causas determinantes. Esta distinción, permitía, en su opinión, evaluar el poder causal de cada elemento etiológico descubierto, por ejemplo, qué factores son una condición necesaria y suficiente para el desarrollo de una enfermedad y cuáles solo una condición necesaria pero no suficiente. En este tenor los autores hablarán de “etiologías categoriales” para referirse a aquellos casos en que un factor es determinante como una causa necesaria (no suficiente) de una enfermedad, distinguiéndolos de otros factores de riesgo cuya influencia causal no es decisiva, y en cambio depende de su relación con otros factores dentro de una red causal. Frente a este segundo tipo de casos la posibilidad de una demarcación no arbitraria entre dos trastornos parecía una tarea poco probable.

dimensiones de la experiencia semejantes aunque, en una exploración más a fondo, puedan identificarse las diferencias sutiles. Por ejemplo, la experiencia de tristeza en la depresión por duelo y la depresión mayor pueden confundirse, llevando en ambos casos al diagnóstico de depresión mayor. Sin embargo, se han realizado varios estudios que han dilucidado la existencia de diferencias sutiles pero importantes al respecto. Un ejemplo es la forma intermitente de los episodios de tristeza en el duelo, mientras que en la depresión mayor hay un estado de tristeza que permanece como telón de fondo, acompañado además de sentimientos de desesperanza o minusvalía, mientras que en el duelo no es así.

Para el momento en que Grove y Andreasen (1989) escribieron este artículo, la genética molecular ya jugaba un papel importante en los estudios epidemiológicos de familias, lo que llevó a consolidar cierta idea de factores genéticos determinantes. Por ejemplo, los estudios de familias en los que algunos de sus miembros tenían diagnósticos de un mismo grupo de trastornos, hacía pensar que estaban correlacionados etiológicamente por compartir rasgos genéticos que predisponían al deterioro de ciertas facultades psicológicas. Bajo esta tendencia, durante las últimas tres décadas, las esperanzas han estado puestas en los estudios de genética molecular, esperando que en algún momento la delimitación de unos trastornos de otros se pueda realizar en términos de los rasgos genéticos que los predisponen.

Contrario a las expectativas puestas por Grove y Andreasen (1989) en la biología molecular y la identificación de factores hereditarios, las investigaciones en genética han dado cuenta de que no hay causas determinantes ni causas exclusivas, sino factores de riesgo que bajo algunas y diversas trayectorias causales promueven el fallo o deterioro de rasgos cognitivos que producen los característicos síndromes psiquiátricos.

Por otro lado, la propuesta de Grove y Andreasen (1989) de distinguir dos diagnósticos distintos en virtud de la respuesta al tratamiento, es inviable, pues, por ejemplo, el uso de psicofármacos como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (SSRIs por sus siglas en inglés) han mostrado eficacia en una amplia variedad de desórdenes definidos en el DSM, como la depresión mayor, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno distímico, bulimia nervosa, trastorno de ansiedad social, trastorno por estrés post-traumático, trastorno generalizado de ansiedad, trastorno dismórfico del cuerpo y trastorno limítrofe de la personalidad. Todos ellos pertenecientes, incluso, a familias distintas de trastornos.

La relevancia de presentar el programa de validez de diagnóstico propuesto por Robins y Guze (1970) en su dimensión psicométrica, y ampliado por Grove y Andreasen (1989), en su dimensión neurobiológica, radica en la relación causal que se asume existen entre factores clínicos y factores neurológicos, y que según argumentaremos, será determinante para explicar, al menos parcialmente, el fracaso de este programa; fracaso que ha sido reconocido de manera más evidente a partir de la última edición del DSM-5 en 2013.

Edición en la que se había planteado como uno de los grandes objetivos hacer una revisión minuciosa de todos los grupos diagnósticos, en los términos del programa de validez de diagnóstico. No obstante, por razones que obedecen más a la lógica de las instituciones⁴² que a los valores de la ciencia, el DSM-5 lejos de haberse depurado en el sentido de contar con diagnósticos válidos o con un mayor grado de validez, tomó una serie de decisiones respecto a la inclusión, fusión o separación de diagnósticos, que provocaron que incluso el *National Institute of Mental Health* (NIMH) generara un nuevo proyecto, el Research Domain Criteria (RDoC), de clasificación de los trastornos mentales, tomando como base los avances en las neurociencias, las ciencias cognitivas, la psiquiatría genética, etcétera. En las siguientes secciones abordaremos tanto las razones del fracaso del programa de validez de diagnóstico, como el enfoque biológico adoptado en el nuevo proyecto de clasificación de la NIMH.

5.1.1.1 La dimensión psicométrica de la validez de diagnóstico en el DSM

"Frustrated by the failure of two decades of laborious research to identify any of the genes underlying the major psychiatric syndromes, Ginsburg et al. (33) complained that —urrent nosology, now embedded in DSM-IV...does not define phenotypes for genetic study.'" (Jablensky and Kendell, 2003:7)

El programa de validez de diagnóstico de Robins y Guze (1970) con sus cinco fases, buscó responder si los criterios que definían las categorías psiquiátricas poseían una correlación suficientemente fuerte para validar la postulación de un fenómeno psicopatológico e inferir a partir de ello una estructura causal orgánica subyacente. El programa de validez de diagnóstico buscó aportar a la psiquiatría diferentes herramientas a partir de las cuales pudiera medirse la precisión o imprecisión de los constructos psicopatológicos observados

⁴² Rachel Cooper (2014), en un breve ensayo titulado *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, explica las razones por las que el gran proyecto de reformular y validar las categorías diagnósticas del DSM para su quinta versión publicada en 2013, finalmente no se llevo a cabo. Entre otras razones, Cooper refiere que el costo de cambiar los instrumentos de diagnóstico y medición vinculados con las categorías psiquiátricas, o las hojas de registro para la estadística y administración de los hospitales, sería altísimo. Es decir, hoy en día hay toda una maquinaria construida alrededor del DSM, por lo que una transformación sustancial de este, sería muy costoso tanto para la APA, como para todas aquellas instituciones de atención y de investigación que trabajan con el DSM.

y descritos en la psiquiatría clínica, a fin de validarlos o reorganizarlos. No obstante, además de buscar la precisa y correcta individuación de diagnósticos psiquiátricos, el programa de validez se proponía confirmar la existencia de los trastornos postulados. Es decir, las mediciones no sólo funcionarían como indicadores de una correcta o incorrecta individuación de los constructos psicopatológicos sino como indicadores de un trastorno real subyacente. Incluso, la validez de un diagnóstico suponía además que el mismo trastorno debía tener una única etiología, preferentemente biológica.

Un detalle importante que se observa en el programa de validez de diagnóstico, es que sus autores (citar autores) no parecen cuestionar el carácter patológico de los diagnósticos psiquiátricos, su propósito es exclusivamente validar su correcta individuación y su estatus como entidades discretas, distintas unas de otras, al modo en que Kraepelin lo propuso en su momento. Esto es importante mencionarlo porque, a excepción de los estudios de laboratorio (que desde ese momento y hasta la fecha no existen para los trastornos psiquiátricos), no hay ningún criterio en el programa que busque demarcar lo normal de lo patológico. Wakefield (1992), siendo consciente de esto, veinte años más tarde propuso la noción de *validez conceptual*, con la cual buscó llenar el vacío que el programa de validez de diagnóstico había dejado en este sentido. La propuesta de Wakefield en realidad no es un trabajo ampliamente desarrollado, proponiéndose de manera muy puntual señalar que no hay un cuestionamiento por parte de la APA sobre el carácter o la naturaleza patológica de los diagnósticos. Es decir, para Wakefield, el programa de validez de diagnóstico no considera ninguna noción de disfunción de ningún tipo; más bien, él propone que hay dos tipos de lo que se considera como “trastornos mentales”, a saber, disfunciones dañinas, y daños no disfuncionales. Los trastornos, en un sentido fuerte, se ajustarían a la definición que propone Wakefield (i.e. disfunciones dañinas), de lo que se deriva su noción de validez conceptual, mientras que las segundas no. Es así que la noción de validez conceptual sería una consecuencia de su concepto de enfermedad mental como “disfunción que daña”. Sobre esta noción volveremos más adelante. Cabe recordar aquí que aceptamos esta distinción de Wakefield entre enfermedades o trastornos mentales en un sentido fuerte, y otras condiciones que son clínicamente tratables pero que no implican algún tipo de disfunción, en el sentido en el que se planteó en el Capítulo 4.

Otro par de autores (quienes observan una ausencia en el programa de validez respecto a una distinción entre lo normal y lo patológico), Kendell y Jablensky (2003), hacen una distinción entre los conceptos *utilidad* y *validez* con el propósito de ubicar el primero de ellos en relación con los métodos psicométricos, afirmando que un buen constructo es “útil” para la práctica clínica por la información que provee. Mientras que relacionan el concepto *validez* con los métodos de las ciencias biomédicas, señalando en este sentido, que un “taxón” es válido, siempre y cuando posea límites naturales con otros trastornos y con la normalidad. Más allá de los cuestionamientos que puedan hacerse a esta postura, por ejemplo, respecto de la idea de que haya límites “naturales” entre un trastorno y otro, en términos de *etiologías excluyentes*, lo que me interesa resaltar aquí, es que este programa de validez no fue pensado para validar diagnósticos de acuerdo con su carácter patológico o no, sino en relación con su delimitación precisa como entidades. **Esto es importante, porque dicho programa (particularmente en su requerimiento de etiologías subyacentes excluyentes), de haber tenido éxito no hubiera asegurado un sistema de clasificación de enfermedades mentales, en el sentido que aquí se defiende, siguiendo parcialmente la postura de Wakefield, como disfunciones que causan un daño, sino simplemente diagnósticos válidos, en el sentido de constructos clínicos precisos.**

La motivación del programa de validez de diagnóstico cobra sentido a la luz del momento en que tiene lugar, cuando aún el psicoanálisis y otras teorías psicodinámicas tenían una fuerte influencia en la psiquiatría, y habían sido el marco teórico de las primeras clasificaciones del DSM-I y el DSM-II. Lo que se proponían, por lo tanto, Robins y Guze (1970), era poner a prueba los criterios utilizados hasta entonces para distinguir unos trastornos de otros, a partir de una serie de métodos empíricos que podrían evidenciar el carácter convencional o idiosincrático de los diagnósticos existentes. Si bien los métodos de diagnóstico se habían perfeccionado y sistematizado desde el siglo XIX gracias al desarrollo de teorías psicológicas, el apoyo de la estadística y el uso de una dimensión temporal como una dimensión que permitía hacer observaciones longitudinales; lo cierto es que hacía falta traer a la psiquiatría otros métodos que permitieran eliminar cualquier rastro de subjetividad que permeara los principios taxonómicos que guiaban la clasificación de los trastornos mentales hasta ese momento. En este escenario los modelos matemáticos de la psicometría fueron a partir de mediados del siglo XX, una opción científica viable para

depurar las categorías psiquiátricas postuladas hasta ese momento, en ausencia de otro tipo de evidencia sobre los procesos, órganos o sistemas que por alguna lesión o fallo estuvieran produciendo los síndromes psiquiátricos observados en la clínica.

Con el desarrollo de las neurociencias y las tecnologías de observación del cerebro, así como con el avance de la genómica, la psiquiatría comenzó a plantearse de manera más realista una segunda etapa de validación de las categorías psiquiátricas, esta vez dirigida a investigar la etiología de los síntomas y síndromes psiquiátricos. La validez se movió, entonces, a un ámbito distinto de confirmación de tales categorías, en el que la evidencia se obtiene e interpreta de una manera distinta, en ocasiones, sin necesidad de hacer inferencias a través de complejos análisis estadísticos o inferencias sobre constructos psicológicos. Indudablemente hubo una evolución de los métodos utilizados para obtener evidencia para validar las categorías psiquiátricas. Así, los valores producidos bajo las metodologías psicométricas de los diferentes tipos de validez (la validez de contenido, la validez de criterio y la validez de constructo), integradas en el programa de Robins y Guze (1970), serían sustituidas eventualmente por el descubrimiento de los mecanismos neurales y genéticos que parecían subyacer a los síndromes observados en la clínica.

Mientras que la dimensión psicométrica del programa de validez promovió el trabajo hacia una mejor delimitación de las categorías diagnósticas, la dimensión neurobiológica del programa de validez tuvo que esperar unas décadas hasta que las técnicas de observación del cerebro y los estudios en genómica abrieron las puertas a nuevas opciones de investigación de las causas biológicas de los trastornos mentales. No obstante, como veremos a continuación, las expectativas derivadas del trabajo de refinamiento de las categorías psiquiátricas a nivel neurobiológico, no se cumplieron, entre otros, el descubrimiento de conjuntos únicos y exclusivos de causas neurales y/o genéticas para cada trastorno mental. En otras palabras, la suposición que los métodos psicométricos de validación de los diagnósticos confirmarían las estructuras neurales patológicas que los causaban resultó equivocada.

5.1.1.2 La dimensión neurobiológica de la validez de diagnóstico

Los antecedentes de la doble dimensión psicométrica y neurobiológica del programa de validez de diagnóstico pueden rastrearse hasta el siglo XVII en el enfoque *clínico* de clasificación y diagnóstico formulado con Thomas Sydenham (1624-1689), y posteriormente retomado a finales del siglo XIX por Emil Kraepelin (1856-1926). La innovación de Sydenham fue el estudio de la historia natural de las enfermedades, es decir, la descripción de los signos y síntomas de éstas, así como las etapas por las que transitaba y el pronóstico que tenían. A partir de este método descriptivo, Sydenham pudo distinguir (a través de observaciones longitudinales detalladas) dos formas distintas de fiebre, una que correspondía a la fiebre escarlata y otra al sarampión. La relevancia de su modelo descriptivo de enfermedad estribó en la identificación y diferenciación de enfermedades para aquellos casos en que no se conocía el agente etiológico específico, convirtiéndose así en el método estándar de clasificación en medicina, además de punto de partida para dilucidar las causas y los mecanismos de cada enfermedad. Hacia finales del siglo XIX Kraepelin adoptó este mismo modelo una vez que se enfrentó al fracaso del modelo *anatomo-patológico* que Griesinger (1817-1869) utilizó para fundar en la psiquiatría el enfoque organicista de las enfermedades mentales. Este enfoque anatomo-patológico que venía heredado de la neurología, había fundado sus esperanzas en algunos éxitos obtenidos en el siglo XIX, como el descubrimiento de la bacteria causante de la Neurosífilis, los hallazgos en neuroanatomía funcional en las áreas de Broca y Wernike y más tarde en el siglo XX con los hallazgos de las causas genéticas de la Corea de Huntington, el síndrome de Down y la Fenilquetonuria.

No obstante, el abandono a finales del siglo XIX del modelo anatomo-patológico de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales y su reorientación a una estrategia psicológica, descriptiva y estadística, fue una estrategia temporal para lidiar con la falta de una teoría, métodos y técnicas apropiadas para abordar etiológicamente la clasificación de los trastornos mentales, aprovechando en cambio las clasificaciones propuestas por psiquiatras como Pinel, Kraepelin, Bleuler o Charcot (fuente de cita). La expectativa a largo plazo era “evolucionar” del modelo *clínico* hacia un modelo *neuropatológico* de clasificación, dando lugar así a la integración de la metodología descriptivo-estadística y los supuestos mecanicistas del modelo anatomo-patológico. Esta integración contribuyó a fortalecer la idea de los trastornos mentales como fenómenos discretos, cualitativamente

distintos de la conducta normal como efecto de una patología orgánica (McHugh y Slavney, 1988:47). Sobre la base del modelo integrado clínico-patológico de diagnóstico se fue consolidando la noción de validez de diagnóstico en la psiquiatría, así como los objetivos y resultados derivados del trabajo en esta dirección. Un ejemplo de la postura que la APA sostiene frente a este tema, quedó de relieve en el libro titulado "A research agenda for DSM-V" (2002):

Se presume que, como en la medicina en general, el fenómeno de covariancia de síntomas podría explicarse por una etiología común subyacente. Según lo descrito por Robins y Guze (1970), la validez de estos síndromes identificados se podría mejorar de forma gradual a través de la descripción clínica cada vez más precisa, estudios de laboratorio, la delimitación de otros trastornos, los estudios de seguimiento y los estudios de la familia. Una vez plenamente validados, estos síndromes formarán la base para la identificación de los grupos estándar, etiológicamente homogéneos que respondan a tratamientos específicos de manera uniforme. (Kupfer et al. 2002: xviii)

Éste es un supuesto central del programa de Robins y Guze (1970), a saber, la validez alcanzada por los métodos psicométricos es un antecedente necesario en el camino hacia una validación neurobiológica de los diagnósticos. Un aspecto relevante que refleja esta cita y que es muestra de los supuestos epistemológicos y ontológicos que subyacen al programa de validez de diagnóstico que se convirtió en una herramienta importante para la APA, es la doble función que tiene la *covarianza de síntomas* como medida de la correcta construcción de un diagnóstico y como medida de su robustez ontológica (Wimsatt, 1994). La expectativa que se tenía por entonces fue que una vez que los métodos psicométricos permitieran individuar verdaderas enfermedades (entidades) sería relativamente fácil descubrir su estructura causal (orgánica) una vez que se contara con los medios de investigación adecuados, logrando así validar de manera más definitiva los diagnósticos psiquiátricos.

La expectativa de individuar verdaderas enfermedades a partir de métodos psicométricos en realidad no tendría que ser un problema, pues como apunta Wimsatt (1994) con su noción de robustez ontológica en *Ontology of Complex Systems*, "las cosas son robustas si son accesibles (detectables, medibles, derivables, definibles, producibles, o similares) en una variedad de maneras independientes" (pp.). Lo que se pretende con esta noción es proponer

un criterio de lo que es real en el contexto local de cada disciplina científica. Con esto, Wimsatt reconoce el valor de los criterios utilizados por los científicos que trabajan para decidir si los resultados de sus investigaciones son "reales" o ficticios, confiables o no, "objetivos" o "subjetivos". No obstante, un problema fue el supuesto de que *a cada categoría psiquiátrica* debía corresponder una única *etiología orgánica*; un supuesto causal heredado sobre todo de la neurociencia del siglo XIX que ha acompañado a la psiquiatría y que no se ajusta actualmente con los conocimientos tanto de las neurociencias como de otras áreas de la medicina en las que se sabe que algunas enfermedades comparten en gran medida etiologías y/o síntomas; es decir, son excepcionales los modelos que se ajusten a casos especiales como el Síndrome de Down, en cuyo caso se ha identificado claramente al menos un factor causal necesario, la alteración congénita del cromosoma 21, que produce una copia extra del mismo.

Además de los antecedentes referidos al principio de este apartado, en relación con los diferentes modelos de enfermedad que fueron operando en la psiquiatría, vale la pena mencionar el trabajo de Denny Borsboom (2008) en su artículo *Psychometric Perspectives on Diagnostic Systems*. En éste, Borsboom identifica en los sistemas de diagnóstico tres perspectivas o maneras de conceptualizar las relaciones entre síntomas y trastornos. Estas perspectivas son: constructivista, diagnóstica y dimensional. En la perspectiva constructivista los *trastornos* se conciben como conjuntos clínicamente útiles de síntomas agrupados por investigadores y clínicos. La perspectiva diagnóstica, que es la que nos interesa discutir aquí, parte del principio de que los síntomas miden “*clases latentes*”, es decir, que la sistemática manifestación de síntomas es un “*indicador*” de una “*condición estructural subyacente*” (v.gr. el *trastorno*) que no puede observarse en la consulta clínica sino a través de otros métodos de observación más sofisticados. Por último, la perspectiva dimensional, al igual que la anterior, supone que los síntomas son un indicador de una condición subyacente, sólo que los puntos donde se cortan unas condiciones y otras se mueven en un continuo. Borsboom se concentra en hacer una crítica a las dos últimas perspectivas de diagnóstico, señalando que la presunción de una variable latente⁴³ es un

⁴³ Para la psicometría, una variable latente es una variable inobservable, cuya investigación o estudio no puede hacerse de manera directa. Son constructos teóricos que pueden ser inferidos a partir de indicadores o variables manifiestas. En el caso de los trastornos, las variables manifiestas son los síntomas y la medida de su correlación nos habla de la menor y mayor probabilidad de una variable latente. Las variables latentes

problema para la psiquiatría dado que no cuenta con una teoría que explique cómo son tales estructuras ni cómo los mecanismos se conectan causalmente con las variables observadas (los síntomas). En todo caso, tener una teoría así permitiría explicar la relación entre los cambios en las variables observadas (los síntomas sometidos a medición) y los cambios en las variables latentes, a fin de confirmar que los síntomas son, efectivamente, indicadores válidos de las variables latentes postuladas. No obstante, el problema de fondo, apunta Borsboom, es que el sistema de diagnóstico de la psiquiatría emuló la teoría y los métodos de la psicometría sin contar con una teoría científica que justificara la interpretación de la relación causal entre síntomas y trastornos. En oposición a estas perspectivas, Borsboom propondrá una cuarta alternativa a la que llama perspectiva sistémica causal, misma que supone que la correlación de síntomas observada es el propio trastorno constituido por una red causal en la que unos síntomas son causa y/o efecto de otros síntomas. Con su propuesta de relaciones causales directas entre síntomas, el autor apuesta por evitar la invocación de variables latentes, que desde su perspectiva no son más que una ficción que no aporta a la explicación de los trastornos mentales (Borsboom, 2008:1103). La propuesta de Borsboom supone cosas que son muy controversiales, por ejemplo, que hay una distinción entre lo observable y lo no observable, o que podemos (o es deseable) olvidarnos de cierto tipo de causas sólo porque estas no son visibles bajo ciertos métodos y/o marcos teóricos.

Para ilustrar su perspectiva sistémica causal, Borsboom (2008) utiliza como ejemplo el *trastorno de pánico* y lo describe como una secuencia de causas y efectos, en la que ciertos eventos, conductas y estados mentales, se siguen “causalmente” unos de otros. Visto desde la “perspectiva de diagnóstico” que objeta, el “trastorno de pánico” es una variable latente, es decir, una estructura cerebral y/o cognitiva (probablemente no identificada o sólo de manera parcial) que causa un conjunto de síntomas como ataques de pánico, miedo, conductas de evitación y encierro. Visto desde su “perspectiva sistémica causal” el “trastorno de pánico” es la propia red de síntomas, es decir, de estados mentales, estados

tienen una naturaleza interna y privada, representan estados internos del organismo, usualmente del cerebro, aunque también puede hablarse de estructuras cognitivas o afectivas. Pensar, sentir, percibir, planear, son actividades mentales e internas y pueden contar como latentes. Mientras que la conducta correspondería al indicador observable. Por ejemplo, la inteligencia, la motivación son fenómenos privados, internos, que no pueden observarse directamente pero sí a través de sus manifestaciones.

físicos y conductas que se suceden unos con otros y se retroalimentan. Por ejemplo, los ataques de pánico persistentes e inesperados activan "el trastorno" causando miedo y preocupación por la persistente aparición de los ataques, lo que a su vez provoca conductas de evitación del riesgo, hasta llegar incluso a la reclusión en casa (Borsboom, 2008). Esta perspectiva sistémico-causal de Borsboom se aleja de la perspectiva de diagnóstico que crítica, porque traslada la noción de trastorno a aquello que puede observarse a nivel clínico y evitando, con ello, la especulación acerca de variables sobre las que no se tiene certeza. El problema con la alternativa que propone Borsboom para evitar apelar a procesos o mecanismos aún no conocidos o plenamente comprendidos, es que opta por quedarse en el nivel clínico de los síntomas, una decisión problemática que implica quedarse con una comprensión parcial de los trastornos, es decir, en nivel más superficial de observación de estos y soslayando otros niveles explorados por la psicología cognitiva y las neurociencias.

La crítica de Borsboom (2008) a la perspectiva de diagnóstico es válida pero sólo si tomamos en cuenta que fue apenas hacia finales del siglo XX cuando la psiquiatría comenzó a entender mejor las bases biológicas de los trastornos mentales gracias al apoyo de las técnicas de neuroimagen, los estudios sobre neurodesarrollo, el avance de la neurociencia molecular, la genética, la psicología cognitiva, etcétera, etcétera. Es decir, aproximadamente cuatro décadas atrás la psiquiatría comenzó a contar con modelos teóricos para entender la fisiopatología de los trastornos mentales. No obstante, una vez que estos recursos estuvieron disponibles, la perspectiva sistémica causal de la relación síntomas/trastorno de Borsboom, todavía no puede verse sino como una postura parcial que no toma en consideración las condiciones actuales de la psiquiatría del siglo XXI. Con todo, aun y cuando no tiene una imagen completa de las estructuras y mecanismos fisiopatológicos de los trastornos mentales si tiene una idea mucho más clara de la complejidad de las trayectorias causales involucradas y los efectos que diferentes anomalías pueden tener sobre las redes neurales.

En su afán de evitar la inferencia arbitraria de variables inobservables, Borsboom (2008) parece eliminar de su modelo los procesos de nivel subpersonal que innegablemente juegan un rol fundamental en el desarrollo de las redes causales que postula. No obstante, el aspecto que aquí rescatamos de su crítica, es el rechazo a la idea de una estructura causal

común” que subyazca a cada síndrome clínico; un principio causal heredado de la psicometría, que aunado al modelo clínico-patológico, afectó los supuestos de investigación bajo los que se condujo mucha de la investigación sobre el substrato biológico de los síndromes psiquiátricos.

A continuación se plantean algunas razones de porqué el programa de validez de diagnóstico no tuvo los resultados esperados.

5.1.1.3 El fracaso del programa de validez de diagnóstico

Lejos ha quedado la idea de que los enjambres de síntomas, el curso de la enfermedad, la historia familiar y la respuesta al tratamiento convergirían en un solo camino para producir un diagnóstico válido. (Hyman, 2000:455)

La idea de que el programa de validez de diagnóstico planteado por Robins y Guze en 1970, finalmente fracasó, es una idea que hoy en día es moneda común entre quienes han pertenecido en diferentes etapas, a los equipos de trabajo de revisión del DSM desde su tercera edición en 1980, así como entre quienes se han dedicado a la investigación de las causas biológicas de los trastornos mentales. La cita de Hyman (2000) con la que comienza este apartado, hace referencia a los distintos criterios del programa de validez de Robins y Guze, y la conclusión de que aquellos que tales criterios llevarían a organizar en una misma categoría, no necesariamente permite postular categorías diagnósticas válidas.

Tanto la postura de Hyman (2000, 2002, 2010), como la de Jablensky y Kendell (2003) o Kupfer et al. (2002), que se muestran en las citas de los últimos apartados, resumen el desencanto generalizado y la sensación de fracaso del programa de validez de diagnóstico de Robins y Guze (1970). De dichas posturas puede inferirse que el fracaso del programa se atribuyó principalmente a dos fallos que pueden verse como independientes, aunque en ciertas ocasiones se ven como conectados. El primer fallo sería atribuible a los cinco criterios de la dimensión psicométrica del programa, bajo los cuales no fue posible, a final de cuentas, individuar con precisión, en el nivel clínico, los trastornos mentales. Razón por la cual tales criterios no permitieron identificar las fronteras “naturales” entre un trastorno y

otro, impidiendo consecuentemente descubrir sus estructuras causales a nivel biológico. No obstante, esta primera hipótesis sobre las razones del fracaso del programa de validez, supone que si los criterios hubieran permitido individuar con precisión las fronteras de los trastornos mentales en términos sintomatológicos, entonces tal vez se hubiera logrado estudiar con mayor éxito la estructura causal de cada trastorno mental. Es decir, se esperaba que el modelo clínico-patológico de enfermedad rindiera sus frutos y pudieran encontrarse los agentes etiológicos, tal y como había sucedido en el caso de enfermedades virales, o enfermedades neurológicas cuya etiología genética fue identificada, por ejemplo, en la Corea de Huntington, el Síndrome de Down o la Fenilquetonuria.

Una pregunta que se desprende de esta primera hipótesis sobre el fracaso del programa de validez refiere a si es posible que aquello que pueda identificarse a nivel clínico, bajo metodologías psicométricas y epidemiológicas, tiene una correspondencia robusta con lo que sucede a nivel neural, molecular, o genético. O, dicho en otras palabras, si podemos encontrar las “fronteras naturales” de un trastorno mental, haciendo descripciones precisas y cuidadosas de los fenómenos clínicos, como si estos fueran un espejo o un reflejo nítido de lo que sucede en un nivel inferior de organización biológica. Parece que la propia psiquiatría ha operado bajo un modelo que, como Hyman (2010:157) afirma, se ha convertido en una prisión epistémica que impide el progreso de la psiquiatría; en particular, se refiere a las restricciones que imponen tanto el NIMH como la Food and Drug Administration (FDA), como por ejemplo, establecer regulaciones que obligaban a diseñar protocolos de investigación basados en los diagnósticos del DSM-IV.

Una segunda razón del fallo del programa de validez, es atribuible al modelo de causalidad asociado al propio programa. Por ejemplo, el modelo genético que durante décadas operó en la investigación en psiquiatría. Postura que Hyman (2000, 2002, 2010) crítica fuertemente al sostener que los trastornos delimitados por las categorías diagnósticas del DSM no son explicables por rasgos genéticos simples, de acuerdo con un modelo mendeliano⁴⁴. Incluso los nuevos modelos de investigación que reconocen la complejidad

⁴⁴ La hipótesis de la heredabilidad de los trastornos mentales (al menos de algunos de ellos, como la esquizofrenia, particularmente) es una concepción que prevaleció durante décadas en los estudios epidemiológicos con gemelos homocigóticos y dicigóticos, o con hijos adoptivos y padres biológicos. Esta hipótesis suponía que algunos trastornos mentales eran causados por alguna variación genética que se heredaba de una generación a otra, como sucedía con la herencia de rasgos físicos como el color de los ojos o

genética de los trastornos mentales, también son incapaces de lidiar con la amplitud y heterogeneidad de las actuales categorías diagnósticas. En ese sentido, las investigaciones sobre las bases biológicas de los trastornos mentales avanzan, cada vez más, por una vía independiente a la de las actuales categorías diagnósticas, partiendo de unidades más simples, o pequeñas, sobre las que se espera elaborar explicaciones parciales. Por ejemplo, investigaciones recientes en psiquiatría molecular asocian ciertas disfunciones en los circuitos inhibitorios de las redes neurales en el área cortical, con rasgos clínicos de diagnósticos como la esquizofrenia, el autismo y otros trastornos intelectuales (Marín, 2012). Las fronteras entre los diagnósticos psiquiátricos actuales se van borrando para dar lugar a nuevas individuaciones, en la medida en que se conocen y comprenden mejor los mecanismos biológicos que operan en distintos niveles. Esto no quiere decir, que los diagnósticos actuales serán obsoletos en el mediano plazo, pues dado que estos han sido individuados a nivel clínico tienen validez en el contexto de la práctica clínica. Al mismo tiempo, la psiquiatría biológica asociada a la investigación empuja hacia el diseño de nuevas estrategias de clasificación que sirve a otros propósitos.

A continuación presentaremos la noción de validez conceptual de la que ya habíamos hecho mención antes. Bajo esta propuesta Jerome Wakefield (año) hace evidente la limitación del programa de validez de diagnóstico para distinguir entre “verdaderos trastornos mentales” y otras formas de sufrimiento humano que no poseen una base patológica objetiva. Con la noción de validez conceptual, el autor explora algunos criterios que podrían servir de parámetros, en el contexto clínico, para demarcar “lo normal de lo patológico”. Además de exponer algunas de las ideas que se derivan de esta noción complementaria de validez, se sugieren algunas razones de por qué esta propuesta no resulta muy iluminadora de acuerdo con los propósitos del autor.

5.1.2 Validez conceptual de Jerome Wakefield

del cabello. Esta hipótesis está presente en el programa de validez de Robins y Guze (1970), con el criterio sobre “estudios de familia”, cuyo objetivo era observar si un diagnóstico o grupo de diagnósticos o de síntomas estaban presentes en más de un miembro de la familia, o la evaluación de ciertos rasgos cognitivos como la inteligencia.

La primera mención a la noción de *validez conceptual* se observa en el artículo de Wakefield de 1992, donde retoma la discusión que Boorse (1975) había iniciado sobre la necesidad de establecer un criterio biológico de disfunción que fuera útil para definir el concepto de enfermedad. La noción de validez conceptual se asocia con su concepto de enfermedad mental como disfunción que daña, y busca que ciertos criterios operen como candados en cada diagnóstico para evitar confundir “disfunciones dañinas” o verdaderas enfermedades mentales con otras formas de sufrimiento. A diferencia de Robins y Guze (1979), Wakefield no propone un programa, sólo sugiere algunos elementos que podrían ser útiles para el objetivo que se propone. En este sentido, sugiere que todo diagnóstico posea al menos un criterio de exclusión que considere, por ejemplo, algunos elementos del contexto social en el que tienen lugar los síntomas, y asegurar así que estos sean relevantes en términos clínicos.

Para explicar la manera cómo debe operar un criterio de exclusión, Wakefield (2013) analiza el “criterio de exclusión del duelo”⁴⁵ en el diagnóstico de depresión mayor. El duelo fue un criterio de exclusión en el diagnóstico de depresión mayor desde el DSM-III en 1980 hasta el DSM-5 en 2013. Este criterio fue incluido por considerarse que ciertos “síntomas similares” a los de la depresión mayor podían ser vivenciados por aquellas personas que sufrieron la pérdida reciente de un ser querido. No obstante, a diferencia de la depresión mayor, en el duelo, la experiencia de un estado de ánimo bajo, la pérdida de peso, los trastornos del sueño, la pérdida de interés en actividades cotidianas, etc., son superados de manera natural con el tiempo. El criterio de exclusión del duelo estaba justificado si se considera como una respuesta emocional y conductual culturalmente determinada, mientras que la depresión mayor es el efecto de una disfunción cognitiva o neurocognitiva cuyo pronóstico puede empeorar si no se tiene un tratamiento adecuado.

El ejemplo con el que trabaja Wakefield (año), y que fue un tema de discusión importante en el equipo de revisión de los trastornos del estado de ánimo para la publicación del DSM-

⁴⁵ Aunque inicialmente se consideró que ambos, el duelo y la depresión mayor, eran fenómenos con características muy similares, posteriormente, y después de varios años de estudios se han identificado diferencias importantes en el tipo de síntomas que tienen lugar en uno y otro caso. Por lo cual actualmente, no solo se ha eliminado el criterio de exclusión por duelo del DSM-5, sino que se ha propuesto para sucesivos estudios la posibilidad de incluir el diagnóstico de Duelo Complicado como una categoría diagnóstica independiente.

5, resulta particularmente importante pues atiende a la “semejanza aparente” entre dos tipos de condiciones que tiene causas distintas: el duelo como respuesta cultural y normal ante la pérdida o muerte de un ser querido, y la depresión mayor como fallo en la función de ciertos mecanismos mentales. Esta relación entre semejanza aparente y causas distintas, ha dado para una discusión extensa en relación con el criterio de exclusión en la depresión mayor y si este debiera extenderse a otras circunstancias o experiencias vitales cuyas consecuencias podrían derivar en experiencias similares a las del duelo. Wakefield (2013) y Kendler (2010), por ejemplo, argumentarán que hay una continuidad cualitativa entre los síntomas del duelo y los síntomas asociados a otras experiencias de pérdida. Así, a partir de una extensa evidencia, se ha observado una semejanza en las respuestas frente a otros factores estresantes severos como la experiencia de una violación, una infidelidad, el diagnóstico de una enfermedad terminal, o la pérdida del trabajo. El denominador común en estas condiciones *es la pérdida de algo o el sometimiento a estrés severo y sufrimiento*. La diferencia entre Wakefield y Kendler estriba en que mientras el primero apoya la propuesta de extender el criterio de exclusión a estas otras experiencias de duelo, el segundo apoya la propuesta de eliminar el criterio de exclusión del duelo en general por considerar que todas estas circunstancias provocan síntomas de depresión que deben tratarse con medicamentos efectivos a fin de evitar casos de suicidio. Wakefield en cambio intenta evitar el riesgo de transformar el sufrimiento extremo y la discapacidad prolongada que causan algunas experiencias vitales en patologías.

Todos los síntomas relacionados con estas experiencias que causan estrés severo y sufrimiento no deben considerarse como trastornos mentales, pues dado que sus causas son exógenas (es decir, tiene que ver con experiencias y con el contexto de vida) se entiende que una vez que éstas sean superadas o desaparezcan las condiciones que las causan los síntomas desaparecerán junto con ellas. El argumento esgrimido por Wakefield (2013) dice que cualquier forma de duelo tiene un proceso natural de resolución y alivio de los síntomas al que se llega una vez que cambian las circunstancias que dieron lugar a tal condición o cambia la perspectiva de quien las experimenta. El argumento de Wakefield abre la discusión sobre los criterios temporales como un elemento que permitiría discernir cuando hay y cuando no hay un “proceso natural de resolución del duelo”. El “consenso” al que se ha llegado después de numerosos estudios, es que el duelo “normal” se supera en un

periodo de entre seis meses y dos años (referencia), teniendo en consideración, en alguna medida, variables culturales asociadas al luto que deben guardar las personas respecto a un ser querido.

El criterio de exclusión del duelo es un buen ejemplo de los retos que enfrenta la estrategia operacional del DSM-5 para poner a prueba la validez conceptual propuesta por Wakefield, pues para discernir –clínicamente” condiciones normales (que causan daño) de condiciones patológicas (que también causan daño) es preciso sumar algunos otros criterios establecidos por convención. Por ejemplo, Wakefield (2013) sugiere otros parámetros que considera objetivos y cuantificables como la *duración*, la *intensidad* o la *involuntariedad del sufrimiento*, así como el *deterioro* que causan tales condiciones en varias áreas de la vida de las personas. Todos estos criterios, sostiene Wakefield, aportarían evidencia circunstancial para inferir si ciertas condiciones son trastornos, es decir, disfunciones biológicas que causan daño o discapacidad.

Una limitación importante de la validez conceptual que propone Wakefield (año), se deriva de la perspectiva histórica que adopta para enmarcar el criterio objetivo de disfunción biológica puesto que apela a la historia de selección natural de un rasgo para reconocer y atribuirle una función propia. Como vimos en el capítulo 2, la teoría estiológica de funciones es particularmente problemática en el campo de las ciencias cognitivas, pues la atribución de funciones propias a un rasgo depende mucho de la especulación y la reconstrucción *ad hoc* de historias de selección natural. En este sentido, Wakefield no tiene elementos para proponer un proceso de validación conceptual directo en el que se apele, –objetiva y empíricamente”, a fallos en la función propia de mecanismos mentales. En su lugar, la alternativa es establecer criterios como el de temporalidad, intensidad y deterioro, a fin de inferir por una vía indirecta si el sufrimiento o discapacidad que sufre una persona, obedecen o no a un fallo en la función propia de uno o más mecanismos mentales involucrados en el trastorno. Consideramos que estos criterios propuestos por Wakefield son problemáticos, pues suponen confirmar un criterio objetivo a partir de un conjunto de criterios normativos o convencionales. Por ejemplo, cuánto tiempo debe durar un duelo o cómo debe llevarlo una persona, son criterios que innegablemente dependen del contexto sociocultural de quien establece tales parámetros.

Las fronteras entre lo objetivo y lo normativo no dejan de ser problemáticas como lo vimos en el capítulo anterior con la crítica que hace Lloyd (2008) sobre las clasificaciones de lo deseable o indeseable en los estados del organismo. Por ello, la objeción de Lloyd es que la cualidad de deseable o indeseable de estos estados no se anuncia sola, sino que implica algún ideal que sirve a una función normativa y que, entre otras cosas, implica una estandarización de la normalidad y un ocultamiento de la diversidad biológica. Si bien siendo a estar de acuerdo con la argumentación de Lloyd, también admito que la función normativa que cumplen los ideales que critica, están vinculados, al menos en medicina, con el daño o deterioro que causan los estados indeseables en el bienestar físico y/o mental de las personas. Es decir, no son ideales normativos desvinculados de los hechos, sino justamente, conectados con estos. Es cierto, sin embargo, que ninguna disciplina está exenta de la carga teórica de la observación, y yendo más allá, de los valores e intereses de una comunidad científica⁴⁶.

Para finalizar esta primera parte del capítulo 5 dedicado especialmente al DSM y el programa de validez de diagnóstico y validez conceptual, baste decir que aun cuando este sistema de clasificación está hoy en día sujeto a críticas respecto a la validez de sus categorías, se sigue manteniendo como un estándar de diagnóstico en la práctica clínica de muchos países, además de mantener el liderazgo en relación con el diseño de protocolos de investigación en diferentes áreas o especialidades de la psiquiatría. Una razón importante e independiente de su validez científica que ha mantenido en pie este sistema de clasificación, es el arraigo, por decirlo de alguna manera, que éste tiene en el aparato de las instituciones clínicas y de investigación en salud mental. Como bien apunta Rachel Cooper (2014) en su libro *Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders*, la estructura, categorías, definiciones, criterios, etcétera, del DSM, estructuran hoy en día la práctica clínica de la psiquiatría, haciendo una tarea muy difícil y costosa tomar decisiones arriesgadas sobre el DSM, como simplemente desecharlo como sistema de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales. En lugar de esto, como veremos a continuación la decisión tomada al menos en el contexto de EE UU ha sido comenzar a desarrollar un

⁴⁶ Algo que por cierto podría ser un problema serio en la psiquiatría si consideramos la fuerte intervención de la industria farmacéutica en la investigación y la práctica clínica.

sistema de clasificación etiológico, fundado ahora en las disciplinas biológicas que hoy en día apoyan a la psiquiatría.

A continuación describimos en qué consiste este trabajo en curso que apenas comenzó en 2008, así como los problemas asociados al mismo en términos de si es posible lograr la clasificación de los trastornos mentales bajo un criterio etiológico.

5.2 Estrategias de clasificación etiológicas: el modelo de endofenotipos y el programa de Investigación por Criterios de Dominio (Research Domain Criteria, RDoC)

La opción que se ha concebido frente a la aparentemente infructuosa tarea de refinamiento de los constructos clínicos a través de los programa de validez, es la construcción de un nuevo sistema de clasificación que tome como punto de partida diferentes dimensiones cognitivas asociadas a los trastornos mentales, para de ahí rastrear a diferentes niveles, sus bases biológicas. El programa impulsado en 2008 por el National Institute of Mental Health (NIMH), llamado **Research Domain Criteria** (RDoC), se plantea desde su inicio como una estrategia etiológica de clasificación en la que se busca investigar los mecanismos genéticos, moleculares, celulares y fisiológicos, de aquello que se observa en la conducta o se reporta en primera persona en relación con un conjunto de “dominios de funcionamiento” (cognitivo, emocional, social).

Dados los objetivos que se plantean tanto el RDoC como la investigación basada en endofenotipos, podemos afirmar que estos programas se inscriben en lo que se ha denominado segunda psiquiatría biológica. A continuación veremos cuáles son los supuestos y objetivos de esta corriente de la psiquiatría, sus orígenes, así como los retos que acarrea para hacer factible un sistema de clasificación etiológico.

5.2.1. Reduccionismo y causalidad en la segunda psiquiatría biológica

La primera psiquiatría biológica de la segunda mitad del siglo XIX surgió en un contexto científico impregnado por los ideales naturalistas y organicistas. En este contexto se aprovechó el desarrollo de la fisiología, la neuroanatomía, la neuropatología y la neurofisiología para iniciar una nueva trayectoria que separaba a la psiquiatría biológica del modelo descriptivo y fenomenológico de las enfermedades, que hasta ese momento prevalecía y cuyo objetivo había sido describir y distinguir las diferentes especies clínicas. Apoyada fundamentalmente en el estudio *postmortem* de los pacientes con algún trastorno mental, la primera psiquiatría biológica intentó desarrollarse con base en el modelo anatómo-patológico de las enfermedades (una empresa que antes de terminar el siglo XIX había fracasado) para ceder nuevamente el lugar a una psiquiatría descriptiva.

Independientemente del fracaso del primer enfoque organicista, éste logró afirmarse dando lugar a una concepción de las enfermedades mentales como trastornos del cerebro. Frente a los importantes desarrollos tecnológicos y teóricos de la biología y las neurociencias en el siglo XX, el resurgimiento de la segunda psiquiatría biológica no se dejó esperar. Esta vez replanteando un nuevo objetivo que se vislumbraba como posible a la luz del conocimiento de los procesos fisiológicos, químicos y neurales del cerebro. Este nuevo objetivo fue la investigación sobre las causas biológicas (genéticas, fisiológicas, neurológicas) de los trastornos mentales, dejando a un lado el enfoque del siglo anterior, que buscó lesiones estáticas en las estructuras neuroanatómicas. Hacia la década de 1970, y con el desarrollo de la psicofarmacología, las enfermedades mentales comenzaron a explicarse como efectos de trastornos neuroquímicos o trastornos del neurodesarrollo. Sin intención de detenernos en los detalles de esta segunda psiquiatría biológica baste señalar que el enfoque que predomina hoy en día, es un enfoque etiológico anclado en gran medida en la ya rebasada genética mendeliana. Un ejemplo de ello es el modelo de investigación basado en endofenotipos, el cual describiremos a continuación.

Gottesman y Gould (2003) definieron un endofenotipo⁴⁷ como la medida de componentes que no son observables de manera directa y que se encuentran *entre* la enfermedad y el genotipo; un endofenotipo puede ser neurofisiológico, bioquímico, endocrinológico, neuroanatómico, cognitivo, neuropsicológico o incluso puede ser un reporte en primera persona⁴⁸. Los autores reconocen que el cerebro es uno de los órganos más complejos del organismo y que la trayectoria entre el genotipo y el fenotipo (la conducta), no es una simple suma de procesos, con lo cual la adición de endofenotipos entre un genotipo y un síntoma psiquiátrico no proveería, necesariamente, una explicación completa. Esta apuesta sistemática por un modelo de investigación que busca identificar los mecanismos a distintos niveles de organización de los procesos patológicos, aporta información válida para ir configurando un escenario explicativo parcial que eventualmente cumpla las expectativas científicas de la psiquiatría, a saber, la elaboración de un sistema de clasificación etiológico, que incluso pueda llegar hasta el nivel genético.

Aún cuando el enfoque de investigación basado en endofenotipos ha ganado importancia en la identificación de algunas de las causas genéticas de los síntomas psiquiátricos, un endofenotipo puede no reflejar necesariamente los efectos que tienen sobre la conducta alteraciones o mutaciones a nivel genético. Gottesman y Gould (2003) admiten que un endofenotipo puede asociarse también a factores medioambientales o epigenéticos, es decir, los síntomas cognitivos, emocionales o conductuales, pueden tener su origen en la alteración de procesos que operan por encima del nivel genético.

En general, los estudios basados en endofenotipos son estudios centrados en variaciones genéticas que producen alteraciones en componentes clave de la señalización molecular, generando alteraciones en la función de circuitos cerebrales con efectos diferenciales en rasgos psicológicos complejos (Hariri, 2009). Un par de estudios que hacen este tipo de asociaciones entre rasgos genéticos y rasgos psicológicos son: los estudios sobre el

⁴⁷ Algunos términos que se han utilizado para referirse a este abordaje intermedio entre el genotipo y el fenotipo (síndrome conductual) son “fenotipo intermedio”, “marcador biológico”, “rasgo subclínico” y “marcador de vulnerabilidad” (Gottesman y Gould, 2003, p. 637).

⁴⁸ No queda claro en el texto de Gottesman y Gould (2003) como un reporte en primera persona podría ser un endofenotipo. En general, los estudios que se concentran en factores neurogenéticos, neuroendócrinos, neuroquímicos y neuroanatómicos, pretenden mostrar interés por los factores individuales, aunque lo cierto es que los individuos son relevantes en esos estudios en tanto objetos de investigación en un conjunto de pacientes con determinadas características que son relevantes para la investigación.

polimorfismo funcional⁴⁹ del gen 5HT, que produce tanto una hipersensibilidad de la amígdala a expresiones faciales afectivas, como ciertos rasgos psicológicos como la ansiedad (Hariri, 2009). Un segundo ejemplo, son los estudios que asocian la enzima catecol-O-metiltransferasa (COMT) involucrada en la degradación metabólica de la dopamina, con el cortex prefrontal y el rasgo psicológico de evitación del daño.

En relación con la primera asociación referida, Jacob et al. (2004) muestran en su artículo titulado “Association Between Allelic Variation of Serotonin Transporter Function and Neuroticism in Anxious Cluster C Personality Disorders”, los efectos que tiene cierta *variación alélica de baja intensidad* en la función del transportador de serotonina (5HTT). La hipótesis de trabajo dice que bajo ciertas condiciones de desarrollo y otras condiciones ambientales esta variación alélica tiene efectos sobre rasgos como la ansiedad y la evitación del daño (Jacob et al. 2004). Para este estudio se eligieron sujetos con algún diagnóstico del grupo de Trastornos de la personalidad, se dividieron en tres grupos: el grupo A estuvo constituido por pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoide, esquizotípico o paranoide, el grupo B por pacientes con diagnóstico de la personalidad antisocial, borderline, histriónico o narcisista, y el grupo C por pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad dependiente, obsesivo-compulsivo o trastorno por evitación. Un cuarto grupo, control, estuvo conformado por sujetos sin diagnóstico. A los cuatro grupos se les aplicaron dos cuestionarios diseñados para medir diferentes dimensiones de la personalidad, el *Revised NEO Personality Inventory*⁵⁰ y el *Tridimensional Personality Questionnaire*⁵¹. A partir de muestras de saliva se obtuvo el genotipo para cuatro variantes del 5HTT (estas variantes se refieren a pares de alelos). Según los resultados obtenidos, los sujetos del grupo C que mostraron un puntaje alto en los criterios de neuroticismo y evitación del daño, al mismo tiempo presentaron en mayor medida alguna de las variantes

⁴⁹ El polimorfismo funcional es una variante en la secuencia de un gen, presente en al menos uno por cierto de la población, que afecta la regulación del gen y/o el funcionamiento del producto de su proteína. (Hariri, 2009)

⁵⁰ Este cuestionario, publicado en 1990, mide la personalidad de acuerdo con seis dimensiones: neuroticismo, extroversión, apertura a experiencias, agradabilidad, escrupulosidad o hiperconsciencia.

⁵¹ Este cuestionario mide la personalidad de acuerdo con tres dimensiones: búsqueda de novedad, evitación del daño y dependencia a la recompensa. Robert Cloninger (1991) asocia cada una de estas dimensiones al funcionamiento de tres neurotransmisores: búsqueda de novedad con una disminución de la actividad dopaminérgica; evitación del daño con disminución de la actividad serotoninérgica; y dependencia a la recompensa con disminución de la actividad noradenérgica.

del genotipo 5HTT de alelos cortos, asociadas a una baja actividad de la función de transportador de serotonina.

En otro artículo titulado, “A Functional Polimorfism in the COMT Gene and Performance on a Test of Prefrontal Cognition”, Malhorta et al. (2014) exploraron la relación entre áreas funcionales cognitivas asociadas al cortex prefrontal y variaciones en la función del genotipo COMT (catecol-0-metiltransferasa), enzima involucrada en la degradación metabólica de la dopamina. En particular la actividad del COMT es importante en el cortex prefrontal pues lleva a cabo el 60% de la degradación metabólica de la dopamina. Aunque los autores realizaron su experimentos con sujetos libres de cualquier diagnóstico psiquiátrico o neurológico, la hipótesis de partida fue que si la función del COMT se viera afectada por alguna variación genética, esto podría reflejarse en la alteración de funciones cognitivas dependientes de los efectos de la región dopaminérgica. Para probar esta hipótesis Malhorta et al. midieron el desempeño de un grupo de individuos (libres de cualquier diagnóstico) con el *Wisconsin Card Sorting Test*, una prueba neuropsicológica cuyo objetivo es medir variables sobre funciones ejecutivas. Adicionalmente, se obtuvo el genotipo COMT en la muestra de sujetos y el interés estaba centrado en identificar sobre todo un polimorfismo funcional Val158Met, que resulta de la substitución de metionina (*met*) por valina (*val*) en el codón 158. Lo que se ha observado es que esta substitución tiene efectos importantes, pues el alelo *met* que es “termolábil” tiene un cuarto de la actividad enzimática del alelo *val*, y en ciertos estudios que miden el desempeño de sujetos en el *Wisconsin Card Sorting Test* se ha encontrado que aquellos con una baja actividad del alelo *met*, se desempeñaban mejor que quienes poseían el alelo *val*. Los autores reconocen que aun cuando deben considerarse factores adicionales al desempeño de la prueba aplicada, los hallazgos muestran que los sujetos con el genotipo *met/met* se desempeñaron mucho mejor que los sujetos con el genotipo *val/val* que cometieron errores recurrentes, quedando en un lugar intermedio los sujetos con el genotipo *met/val* cuyo desempeño fue menor que los primeros (Malhorta et al., 2014). Estudios previos realizados con pacientes diagnosticados con esquizofrenia (Díez-Martín et al. 2007) apoyan la hipótesis de Malhorta et al., respecto del papel del polimorfismo Val158Met en la alteración de ciertas capacidades cognitivas asociadas al cortex prefrontal, mismas que se ven afectadas significativamente en la esquizofrenia.

Un proyecto que cada vez cobra más notoriedad entre los trabajos que se inscriben en esta segunda psiquiatría biológica es, como ya mencionamos, el RDoC iniciado y financiado por el NIMH hace poco menos de 10 años. Este programa de investigación parte de una conceptualización de los trastornos mentales como disfunciones de los circuitos neurales cuyas causas las podemos encontrar en varios momentos del desarrollo. El RDoC surge en 2008, pocos años antes de la publicación del DSM-5 en 2013, como una alternativa acorde con los nuevos avances en la psiquiatría biológica y como una respuesta ante el fracaso de la APA para transitar desde el DSM hacia una estrategia etiológica de clasificación. En una medida importante, el RDoC es un proyecto que toma distancia del sistema de clasificación imperante, el DSM, para proponer una estrategia de individuación de trastornos mentales basada en unidades más pequeñas, o sea, las dimensiones funcionales que se proponen para estructurar una matriz que sirve como guía de investigación para trazar posibles trayectorias causales a nivel neural, molecular, celular y/o genético. Al igual que el enfoque de endofenotipos, el RDoC toma como punto de partida unidades de análisis más pequeñas y no las amplias y heterogéneas categorías psiquiátricas. Así por ejemplo, la estrategia de investigación del RDoC parte de una matriz constituida por cinco grandes “dominios funcionales” y una serie de unidades y niveles de análisis que van desde los genes, moléculas, células, circuitos neurales, capacidades cognitivas y conductas asociadas a tales dominios. Estos dominios funcionales son: los sistemas de valencia positiva, los sistemas de valencia negativa, los sistemas cognitivos, los sistemas de procesos sociales y los sistemas regulatorios. Los sistemas de valencia negativa son aquellos asociados con nuestras respuestas ante amenazas, por ejemplo, miedo ante una amenaza real, ansiedad ante una amenaza potencial o estrés ante una amenaza que se percibe como constante. Los sistemas de valencia positiva están asociados a mecanismos de motivación, recompensa y hábitos. En el dominio de los sistemas cognitivos se enuncian la atención, la percepción, la memoria de trabajo, la memoria declarativa, el lenguaje y el sistema de control. En el dominio de los sistemas de procesamiento social tenemos la afiliación y el apego, la comunicación social, la percepción o comprensión del Yo y la percepción o comprensión de los otros. Y, por último, los sistemas regulatorios incluyen la excitación, los ritmos biológicos, el sueño y la vigilia.

Un aspecto central de la perspectiva adoptada por quienes teorizan e investigan en torno al RDoC (Morris, Rumsey y Cuthbert, 2014), es comprender la compleja interacción entre los procesos del neurodesarrollo, la genética y el medio, como procesos y factores que intervienen en los cambios del cerebro, y cómo éstos últimos, a su vez, inciden en la experiencia y el aprendizaje. Dada la importancia que cobran para la psiquiatría las explicaciones sobre estos procesos, estudios sobre el neurodesarrollo, la neuroplasticidad y la epigenética son cada vez más relevantes en la explicación de los trastornos mentales. Incluso ha tenido lugar un cambio en la conceptualización de los trastornos mentales como “patrones mal-adaptados del pensamiento, las emociones y la conducta que resultan de cambios sub-óptimos en la neuroplasticidad, susceptibles de ocurrir en varios momentos del desarrollo” (Morris, Rumsey y Cuthbert, 2014:6). Por ejemplo, en algunas investigaciones con algunos grupos de pacientes diagnosticados con esquizofrenia se han observado algunas anomalías en la estructura neural, como reducción en la complejidad y la longitud de las dendritas, reducción en la densidad sináptica, interrupciones en la conectividad neuronal, todo lo cual sugiere hipoplasticidad, probablemente relacionado con los efectos de varios genes. En la depresión mayor, igualmente, se ha observado, en algunos casos, hipoplasticidad en estructuras frontales y en el hipocampo, e hiperplasticidad en la amígdala, lo que explica parcialmente porque el estrés juega un factor importante en el desarrollo de este trastorno. (Morris, Rumsey y Cuthbert, 2014:7)

El tipo de pregunta que las investigaciones basadas en el modelo de endofenotipos y el RDoC se hacen, es ¿cuáles son las trayectorias causales que subyacen a los rasgos cognitivos, conductuales, emocionales o motores que se observan en las patologías psiquiátricas? Aunque en la teoría estos proyectos no parecen ser reduccionistas, en la práctica si lo son, es decir, aun cuando buscan entender los diferentes procesos genéticos, moleculares, neurológicos, cognitivos y vivenciales que constituyen el panorama completo de los trastornos mentales, pareciera que su objetivo último es individuar trastornos mentales en virtud de rasgos neurológicos e, incluso, en virtud de sus rasgos genéticos. El modelo de causalidad presente en sus presupuestos, es ascendente, pues son las estructuras de bajo nivel las que en última instancia explican las disfunciones cognitivas y conductuales. Los hallazgos relevantes para explicar los trastornos mentales parecen estar en el nivel subpersonal, aun cuando mucha de la producción científica hace hincapié en la

relevancia de la interacción de los genes con otros factores no genéticos, tanto del medio interno como del ambiente externo.

Una consecuencia de la estrategia reduccionista que busca lidiar con la complejidad de los trastornos mentales es la paulatina consolidación de una cierta concepción sobre el tipo de explicaciones que se consideran válidas en la psiquiatría, a saber, las explicaciones sobre estados y procesos del sistema nervioso asociados a síntomas psiquiátricos. Esta tendencia ha progresado en detrimento de la psicopatología, un área de estudio que busca comprender los síntomas psiquiátricos en un nivel descriptivo y fenomenológico. La tendencia prevaleciente en la psiquiatría actual está asociada a ambiciosos proyectos que buscan establecer los mapas neurales y/o genéticos sobre los rasgos psiquiátricos más sobresalientes.

5.2.2. Validez y normatividad en el contexto de los programas de investigación y clasificación de la segunda psiquiatría biológica

A diferencia de las categorías diagnósticas del DSM que debían someterse a un doble proceso de validación, el RDoC y el modelo de investigación por endofenotipos, son proyectos que desde el inicio buscaron postular algo que Murphy (2006) llama “ejemplares”, esto es, categorías etiológicamente delimitadas, consistentes en un síntoma y su “lesión”. Los ejemplares de Murphy es un modelo alternativo a las categorías diagnósticas del DSM, motivado en parte por las limitaciones y problemas asociados a éstas y al programa de validez de diagnóstico que vimos en apartados anteriores. Para Murphy (2006:225), la idea de un constructo válido es un modelo de lo que hay en la naturaleza, para lo que se necesita una teoría sobre los procesos neurobiológicos y neurocognitivos que subyacen a los rasgos mentales, un enfoque contrario al DSM supuestamente a-teórico.

Murphy (2006) sugiere que el recurso más fuerte de validación son las explicaciones causales, al mismo tiempo que propone sus ejemplares como unidades básicas de clasificación constituidas por un síntoma y su lesión, algo muy semejante a lo que propone el RDoC y el modelo de investigación por endofenotipos. Un aspecto relevante de su idea de validez, es su concepción acerca de la normatividad en relación con la idea de

disfunción, pues ningún diagnóstico puede validarse completamente, si por validez se entiende mostrar que “el trastorno es real”. Según Murphy, el objetivo de todo proceso de validación es mostrar que un “patrón de conducta” que se juzga como *clínicamente significativa*, depende de un “proceso físico”. Si el patrón en cuestión es verdaderamente patológico o no, es una pregunta distinta. En todo caso, lo que es posible hallar a través de la investigación son “variaciones biológicas” que subyacen a los llamados “trastornos mentales”, y no algo como sus “disfunciones objetivas” (Murphy, 2015:69). La idea de atribuir disfunciones, sostiene Murphy, requiere asumir presupuestos normativos, pues aquello que se juzga como patológico se hace en virtud de formas de vida que subvaloramos (Murphy, 2015:72). Lo que objetivamente podemos encontrar, sostiene, son los correlatos de esas formas particulares o diferentes, pero no formas patológicas en sí mismas. Esta es una postura contraria al modelo realista del que parte Wakefield (año) para quien las disfunciones, como fallos en el desempeño normal de una función propia, tienen un carácter objetivo, no normativo. Este último aspecto cobra relevancia si tales disfunciones (objetivas) causan daño, sufrimiento o discapacidad.

La concepción normativa de disfunción de Murphy (año) tiene similitudes con la postura de Lloyd (2008) que referimos en el capítulo anterior, quien considera que varios modelos teóricos de la biología poseen sesgos teóricos que suprimen la variabilidad biológica, para establecer en cambio límites convencionales entre ciertas formas biológicas “regulares” y otras formas que no lo son. A diferencia de Lloyd, Murphy distingue simplemente entre lo que objetivamente puede “descubrirse” (variaciones biológicas) y la noción de disfunción que depende de un juicio de valor de lo que es deseable y lo que no es deseable. A diferencia de Lloyd, Murphy no tiene interés en objetar la manera en que las ciencias biológicas elaboran sus modelos teóricos, reconoce en cambio que la ciencia opera con elementos objetivos y normativos, señalando en este sentido que la noción de disfunción es a fin de cuentas una noción normativa.

Esta concepción objetivista de los procesos biológicos que subyacen a los rasgos psiquiátricos es algo que se observa en las investigaciones del RdoC y el modelo en endofenotipos, pues en efecto no hay mención a procesos disfuncionales, lesiones o fallos, sino a la descripción y explicación de los procesos moleculares, celulares, del

neurodesarrollo y neuroquímicos, asociados a los síntomas psiquiátricos, sin que propiamente se asuma algún tipo de noción de disfunción biológica.

Antes de finalizar este apartado, y habiendo mencionado la postura objetivista de Murphy (año) frente a los procesos biológicos que subyacen a los síntomas psiquiátricos, una postura que sugiero aquí, postura que adopta también el RdoC y el modelo de investigación basado en endofenotipos, es preciso explicitar cómo ubico mi postura con respecto a esta, teniendo en cuenta que en el capítulo anterior se propuso el enfoque sistémico de funciones como marco teórico para definir junto con Wakefield (año), los trastornos mentales como “disfunciones que causan daño”.

Una primera diferencia de la postura de Wakefield (año) y la que aquí se adopta, con respecto a la objetividad del concepto de disfunción, es como ya vimos en el capítulo anterior, que su normativismo naturalista se desprende de la tarea por la que un rasgo fue seleccionado de acuerdo a las ventajas adaptativas conferidas a una población ancestral en un momento determinado. De tal manera que si tal rasgo no se desempeña de acuerdo con su tarea de origen, podemos afirmar justificadamente que hay una desviación de su función natural, es decir, se desempeña disfuncionalmente. En este sentido, para Wakefield, el criterio de disfunción es exclusivamente un criterio objetivo libre de juicios de valor. En cambio, desde la perspectiva del análisis sistémico de funciones adoptada aquí, la idea de “disfunción” bien puede desprenderse del enfoque teórico adoptado para delimitar un sistema biológico, sus componentes y las funciones que permiten el desempeño de dicho sistema. De tal manera que si alguno de uno o más de los componentes de ese sistema se desvía de la descripción sistémica en un grado importante, es posible afirmar que hay una disfunción en un sentido normativo y natural, pues finalmente la descripción de tal sistema está vinculada a su referente empírico. No es una descripción arbitraria en un sentido fuerte.

Si bien puede adoptarse una postura neutral frente a los mecanismos genéticos, celulares, moleculares y/o neurológicos que subyacen a la expresión de los síntomas psiquiátricos, lo cierto es que vale la pena adoptar un enfoque de disfuncionalidad, tal vez no siempre a nivel de los mecanismos neurológicos subyacentes, sino también al nivel cognitivo-funcional que es el que se propone aquí para delimitar o individuar la mayoría de los fenómenos psiquiátricos. Ya sea que se haga como lo propone Murphy, atendiendo a

unidades mucho más pequeñas y delimitables, más que en términos de síndromes más complejos y difíciles de capturar en términos fisiológicos.

5.3. Trastornos mentales como enjambres de disfunciones sistémico-homeostáticos

En el capítulo anterior se expusieron algunas nociones relevantes para sugerir un marco teórico a partir del cual articular una estrategia de clasificación de los trastornos mentales que supere, en alguna medida, los problemas y limitaciones que se han planteado en relación con la validez de diagnóstico y validez conceptual de las categorías diagnósticas del DSM, así como el reduccionismo de la estrategia de clasificación del RDoC y el modelo de endofenotipos. Este marco teórico retoma, por un lado, el enfoque cumminsiano del *análisis sistémico de funciones*, una perspectiva que nos remite a la noción de mecanismos o sistemas funcionalmente estructurados, y por el otro, la teoría de clases naturales como *enjambres de propiedades homeostáticas*, un enfoque caracterizado por el reconocimiento de la variabilidad fenotípica y causal de los fenómenos biológicos, propiedades que las disciplinas biológicas y médicas enfrentan en sus empresas clasificatorias.

Según vimos en los apartados anteriores de este capítulo, identificamos al menos dos estrategias de clasificación vigentes, la estrategia operacional del DSM-5 y el ICD-10 y la estrategia etiológica del RDoC y el modelo de endofenotipos. La llamada estrategia operacional consiste en separar y definir las categorías psiquiátricas en virtud de los síntomas clínicos, su duración, curso y grado de agudeza, entre otros criterios. Esta primera estrategia espera que los fenómenos psiquiátricos, tal y como se revelan y describen en el contexto clínico, conduzca, eventualmente, al descubrimiento de sus causas naturales. El enfoque “a-teórico” adoptado por la APA como estrategia para evitar comprometerse con cualquier tipo de explicación sobre los trastornos mentales postulados, dio como resultado un sistema de clasificación sostenido sobre un conjunto heterogéneo de síntomas psiquiátricos, con correspondencias vagas o nulas respecto de los avances logrados en disciplinas como las ciencias cognitivas, las neurociencias cognitivas o la neurobiología. En respuesta a ello, como ya referimos, el NIMH propuso, en 2008, un nuevo proyecto, el

RDoC, que buscó postular clases de categorías más simples, de acuerdo con sus causas naturales.

Las dos estrategias de clasificación que corresponden al DSM y al RDoC y el modelo de endofenotipos, están planteadas, una en el nivel de los síntomas, es decir, de la conducta observable, y la segunda, en el nivel de las causas biológicas que subyacen a esos síntomas. Uno de los objetivos de esta tesis es sugerir una estrategia de clasificación en un nivel intermedio entre ambas estrategias, a saber, el nivel cognitivo-funcional. En lo que sigue, sugeriré que esta estrategia tiene ventajas **pues busca superar** la falta de un marco teórico y conceptual del que adolece el DSM y los vicios reduccionistas hacia los que tiende la segunda psiquiatría biológica.

Una característica central de los trastornos mentales que nos interesa capturar sin que se observe necesariamente como un defecto propio de la estrategia de clasificación en psiquiatría, es la variabilidad o heterogeneidad clínica que se observa en relación con un mismo diagnóstico psiquiátrico. Una de las principales críticas que se han lanzado sobre el actual sistema de clasificación es que no es un sistema útil para la investigación, pues grupos de pacientes con un mismo diagnóstico pueden experimentar conjuntos de síntomas con algunas variaciones, y pacientes que comparten un buen número de síntomas pueden corresponder a diferentes diagnósticos. Si bien la crítica que se hace a las categorías diagnósticas del DSM puede ser resultado de un método de individuación defectuoso, también es cierto que la variabilidad de los síntomas de los trastornos mentales es una propiedad de los mismos, como sucede con cualquier sistema biológico. Por ejemplo, en la medicina un mismo grupo de síntomas puede corresponder a diferentes enfermedades.

La noción de clases naturales como enjambres de propiedades homeostáticas de Boyd (1999), presentada en el capítulo cuatro, busca justamente capturar esta variabilidad presente en los fenómenos biológicos. Esta teoría surge en respuesta a los problemas derivados con el concepto de especie como una clase natural en el contexto de la teoría esencialista, pues lo común era observar dos instancias de una misma especie con variaciones importantes en la expresión de sus rasgos, lo que violaba las condiciones postuladas por dicha teoría de clases naturales. A fin de hacer compatible la variabilidad de los sistemas biológicos con la noción de clases naturales, la teoría de enjambres

homeostáticos de propiedades hace hincapié en la regularidad relativa con la que co-ocurren ciertas propiedades, lo cual se explica por la homeostasis de tal agrupamiento contingente y uno o más mecanismos. La condición relevante de esta propuesta es que la homeostasis que mantiene la relación entre el enjambre de propiedades y los mecanismos, puede ser una homeostasis imperfecta, lo que da lugar a la variabilidad entre las instancias de una misma clase.

No obstante que esta manera de representar la naturaleza de los sistemas biológicos es más compatible con aquello que se observa desde algunas disciplinas científicas, lo cierto es que la teoría de Boyd (año) impone una condición que resulta problemática para la psiquiatría y los problemas que hemos identificado con respecto a la investigación sobre los mecanismos causales de los síntomas psiquiátricos. Esta condición a la que nos referimos, es la fundamentación de las clases naturales con base en los mecanismos subyacentes que explican la formación más o menos regular de enjambre de propiedades, que en el caso que nos ocupa se refiere a la formación relativamente regular de enjambres de disfunciones cognitivas o neurocognitivas⁵². Aunque es cierto que Boyd tiene el cuidado de señalar que su noción de mecanismo no necesariamente implica un nivel de organización jerárquica inferior, también es cierto que hay una fuerte tendencia a suponer que una explicación mecanicista completa (e.g. Craver 2014) es aquella que incluye la descripción de las partes, las tareas y la manera en que éstas se organizan en un nivel de organización jerárquica inferior. En este sentido, hay una tendencia a interpretar que la correcta fundamentación de una clase natural debe hacerse con base en *mecanismos etiológicos* de niveles inferiores. Craver (2009), por ejemplo, al mismo tiempo que sostiene una concepción pluralista sobre la individuación de los mecanismos (dependiendo de los criterios de la disciplina, del enfoque teórico o de los intereses particulares de una investigación), sostiene también una concepción jerárquica en la que supone que el nivel adecuado para identificar un mecanismo que refleje la estructura causal del mundo, se encuentra en los niveles más básicos de organización. En este sentido, sugerirá (Craver, 2009:579), por ejemplo, dos casos particulares de esquizofrenia que deben clasificarse como clases distintas, si los

⁵² Un problema general al que se enfrenta cualquier disciplina independientemente de su grado de avance, es la individuación y delimitación de los mecanismos relevantes para explicar la regularidad de las propiedades observadas, una crítica que desarrolla de manera clara Craver (2014) a partir de la idea de regresión.

mecanismos subyacentes son distintos, es decir, si responden positivamente a tratamientos distintos. Esta conclusión de Craver según la cual debemos suponer que estamos frente a dos clases de esquizofrenia si estas responden a distintos tratamientos farmacológicos, sugiere que la individuación de mecanismos neurales muy probablemente dará lugar a una distinción más efectiva de clases de trastornos debido, sobre todo, a que síntomas clínicamente semejantes pueden en realidad enmascarar patrones neurales distintos.⁵³

No obstante que la postura de Craver (2016) respecto de la individuación de mecanismos es pluralista, no parece ser suficientemente pluralista como para admitir que un mecanismo puede individuarse exclusivamente en un nivel cognitivo funcional y no necesariamente neural o genético. La decisión sobre el nivel de organización para individuar un mecanismo es particularmente relevante en el caso que nos ocupa, pues la individuación de clases de trastornos mentales en virtud de sus causas se plantea como un reto importante, no solo frente a la naturaleza multicausal de los trastornos mentales sino frente a la probabilidad de una múltiple realizabilidad de los sistemas cognitivos. Ambas propiedades tienen consecuencias importantes en relación con la individuación de los mecanismos que permitirán determinar los límites de una clase de trastorno.

Si bien es cierto que para Boyd (1999) los enjambres de propiedades homeostáticas deben reflejar la estructura causal del mundo, es cierto también, que no hay una manera única de reflejar la misma. Es decir, la estructura causal del mundo puede revelarse en diferentes niveles y la estabilidad de un sistema bien puede explicarse de manera satisfactoria y

⁵³ Wakefield (2013) sugiere algo similar a lo que sostiene Craver (año), pero con consecuencias distintas. Afirma que en la medida en que los trastornos mentales se clasifiquen por sus disfunciones más profundas, esto permitirá un sistema de clasificación más parsimonioso, a diferencia de Craver quien supone una mayor partición de trastornos. Wakefield señala que —**h**í donde hay una cascada jerárquica de disfunciones, está la disfunción más profunda que subyace a los síntomas que generalmente determinan la individuación de un trastorno” (Wakefield, 2013:5). El supuesto que parece haber detrás de esta cita es que entre más profundo se encuentre el mecanismo disfuncional que define un trastorno, más amplio será el espectro de disfunciones que abarque dicha categoría en los niveles subsecuentes superiores. Podríamos cuestionar este razonamiento de Wakefield si nos remitimos al caso de los factores genéticos asociados a los trastornos mentales, pues como hemos dicho antes, un factor genético no es un factor causal por sí mismo. Es preciso que en el proceso de expresión de un rasgo genético haya otros factores que se asocien para producir una determinada trayectoria causal que tienda al desarrollo y expresión de un rasgo psicopatológico. Esta lectura de Wakefield nos deja ver que su propuesta sigue vinculada a lo que Kendler (2012) llama una interpretación dura del modelo médico, según el cual los diagnósticos deben fundamentarse en esencias biológicas singulares. No obstante, frente a trastornos como la depresión mayor, la esquizofrenia, o la dependencia al alcohol, se revela la necesidad de adoptar una interpretación débil del modelo médico para capturar la naturaleza multicausal y multinivel de los trastornos psiquiátricos.

completa apelando exclusivamente a las relaciones funcionales que establecen sus partes para dar lugar al desempeño global del sistema. Valiéndonos en alguna medida de la falta de especificación de la que hace gala Boyd (año) acerca de qué son los mecanismos homeostáticos, *sobre los cuales sólo refiere que son aquellos que mantienen agrupadas las propiedades que se observan regularmente unidas*, podríamos decir que la estabilidad relativa de un enjambre de propiedades se explica por las relaciones funcionales que se establecen entre éstas. Si tenemos en cuenta que un proceso o capacidad cognitiva involucra de alguna manera el procesamiento de información, se podría afirmar que los enjambres de disfunciones sistémico-homeostáticos se mantienen unidos de manera relativamente estable en virtud de las relaciones de causalidad, reciprocidad o dependencia que se establecen a partir de la función y por la manera en que se procesa la información relevante. Es decir, no es necesario apelar a entidades, actividades y relaciones en un nivel de organización inferior para explicar cómo se mantienen establemente unidas un conjunto de disfunciones.

A fin de ajustar la teoría de clases naturales como enjambres de propiedades homeostáticas a la clasificación de los fenómenos psiquiátricos, en este trabajo se retoma una concepción de mecanismos o sistemas funcionalmente caracterizados (García, 2015). Esta noción no obliga a apelar a niveles inferiores de la jerarquía biológica, es decir, aquello que explica la estabilidad de un enjambre de propiedades no son necesariamente las partes y tareas en las que se implementan neuralmente esas propiedades en un nivel inferior de organización⁵⁴.

⁵⁴ En un artículo reciente titulado *Mechanism, Levels, Reduction and Emergence*, Povich y Craver (2016) exponen algunas de las influencias que han establecido fuertes relaciones entre la noción de mecanismo, jerarquía de niveles y causalidad. En primer lugar, los mecanismos están constituidos por partes que tienen relaciones espaciales, temporales y activas, de tal manera que eso les permite trabajar juntas. Esta idea de partes espacial y temporalmente distintas, permite pensar la causalidad entre entidades que pueden manipularse de manera independiente. Otra característica es la organización jerárquica de los mecanismos, en cuya estructura las partes en un nivel inferior son físicamente constitutivas de los fenómenos en un nivel superior. Es preciso señalar que Povich y Craver (2016) admiten la posibilidad de descomponer la estructura de un fenómeno en el nivel base, lo que significa que no toda estructura de un mecanismo se explica a partir de un nivel inferior. En estos casos el comportamiento del todo se explica en términos del comportamiento de sus partes, de la misma manera que el comportamiento de las partes puede explicarse en términos del comportamiento del todo.

Dadas estas propiedades se ha consolidado una concepción de las explicaciones mecanicistas como aquellas que consisten en descomponer la estructura jerárquica que subyace o constituye a los fenómenos naturales. Esto implica que las explicaciones mecanicistas son relevantes siempre y cuando revelen la estructura subyacente de un fenómeno, misma que refleja al mismo tiempo su lugar en la estructura causal del mundo.

Esta noción de mecanismos (o sistemas) funcionalmente caracterizados retoma el análisis sistémico de funciones (Cummins, 1975), y por lo tanto, la individuación de un mecanismo tiene lugar en virtud de las partes que son en ese contexto funcional, necesarias para que el mecanismo se desempeñe como un todo. Una diferencia importante con respecto a Cummins, es que la individuación de los mecanismos funcionalmente caracterizados no es completamente arbitraria como supone la propuesta de este autor. En el contexto de las clases naturales como enjambres de propiedades homeostáticas, se presume que la estabilidad de las propiedades y relaciones que co-ocurren, refleja hasta cierto punto un orden natural de la manera en que están estructurados los sistemas (cognitivos o neurales). En el contexto de la clasificación de los trastornos mentales, la manera en que se asocian un conjunto de disfunciones cognitivas y/o neurológicas, obedece a la manera en que unos subsistemas interactúan con otros, al mismo tiempo que pueden constituirse interacciones o configuraciones nuevas que dan lugar a rasgos mentales bizarros, anormales o lejos del espectro de variación esperado.

De acuerdo con la estrategia de clasificación sugerida, los trastornos mentales se individualizarían en virtud de los enjambres de disfunciones cognitivas y/o neurales que co-ocurren con cierta regularidad y se expresan bajo formas conductuales también relativamente regulares, haciendo suponer la existencia de una clase natural. En cuanto a las causas de un trastorno, estas pueden estar constituidas por patrones variables de factores genéticos, del desarrollo, neurales y ambientales susceptibles de producir una o más disfunciones que constituyen el trastorno mental. Es cierto que algunos de los factores causales de estas trayectorias pueden tener un peso más determinante que otros, en relación con la emergencia y desarrollo de un trastorno y, en este sentido, es posible que algunos de ellos se conviertan, eventualmente, en criterios clave de validación de los trastornos mentales.

5.3.1. Tipos de enjambres de disfunciones sistémico-homeostáticas

La estrategia de clasificación sistémico-funcional implica necesariamente una aproximación a la identificación, descripción y explicación de los síntomas desde las

ciencias cognitivas y las neurociencias cognitivas (Crastley y Samuels, 2013). Es decir, un diálogo entre la neuropsicopatología y las ciencias cognitivas. Tal relación está planteada desde hace tiempo, por ejemplo, con la explicación de trastornos como el autismo, la depresión, o las adicciones⁵⁵. Algunos rasgos prominentes del autismo relacionados con tareas de cognición social, se han asociado a un déficit o falta de una teoría de la mente (Baron-Cohen, et al. 1985); la depresión se ha explicado como resultado del procesamiento de información problemática que induce a percibir una falta de control sobre las circunstancias vividas; las adicciones, se han explicado como un descontrol en el sistema de recompensa provocado por el consumo de sustancias estimulantes; o los trastornos de la personalidad se han explicado como un déficit en la capacidad de meta-representación. (Crastley y Samuels, 2013)⁵⁶

Ya sea que se considere que los rasgos cognitivos sufren un déficit o que el problema está en la información procesada (Crastley y Samuels, 2013), la tarea de descomposición de los trastornos mentales en los rasgos cognitivos involucrados es un abordaje que tiene camino recorrido, incluso ha llevado a proponer estrategias terapéuticas que se consideran exitosas, pues están diseñadas para trabajar de manera focalizada sobre tareas o rasgos cognitivos puntuales. Aunque no de manera sistemática, el DSM incluye en algunas de sus definiciones, la descripción de síntomas asociados a sistemas cognitivos, siempre que el

⁵⁵ La relación entre las ciencias cognitivas, las neurociencias cognitivas y la psicopatología no solo busca beneficiar a esta última. A través de una definición más precisa de los síntomas, las primeras pueden muy bien beneficiarse de la psicopatología en tanto que se pueden hacer inferencias sobre la cognición normal a partir del conocimiento y comprensión de las formas en que ésta puede sufrir fallos, déficits o disfunciones. La neuropsicología cognitiva, por ejemplo, se ha valido del estudio de lesiones para entender mejor la arquitectura de la mente y la manera en que están divididas las tareas de esta (Crastley y Samuels, 2013:418)

⁵⁶ Crastley y Samuels (2013) distinguen tres tipos de modelos explicativos a partir de los cuales las ciencias cognitivas han abordado el estudio de los síntomas psiquiátricos. Estos modelos son: el modelo basado en la idea de déficit, el modelo basado en la idea de inputs y el modelo basado en la idea de patología como un proceso propio y distinto de los procesos normales. El modelo basado en la idea de déficits busca explicar los rasgos psicopatológicos asociándolos con algún sistema cognitivo e identificando algún tipo de daño. Este modelo parte de la idea de que el daño en el funcionamiento normal de un sistema cognitivo puede presentarse bajo diferentes formas y grados, es decir, hay daños parciales de ciertos sistemas que afectan unas tareas y no otras. El modelo basado en inputs, menos extendido, explica algunos rasgos psicopatológicos como resultado de la información problemática o inusuales que debe procesar algún sistema cognitivo normal. El modelo basado en la idea de patología explica los rasgos psicopatológicos como procesos cognitivos que tienen una lógica propia, es decir, no se asocian a la desviación de una norma. Estos tres modelos referidos por Crastley y Samuels (2013) no se utilizan necesariamente de manera independiente, no obstante, es común que el modelo basado en la idea de déficit y el modelo basado en la idea de inputs suelen integrarse con mayor regularidad.

propio carácter de los síntomas lo permita. Por ejemplo, los trastornos de ansiedad tal como se describen en el DSM-5 (2013:189) involucran la disfunción de algún sistema cognitivo asociado con la *respuesta ante amenazas*. Dicho sistema cognitivo se asocia a síntomas como el *miedo*, que se describe como una respuesta emocional ante una amenaza real o percibida como inminente; o la *ansiedad* como una respuesta emocional anticipada frente a una amenaza futura. Ambas respuestas emocionales, miedo y ansiedad, conllevan una serie de conductas asociadas que caracterizan los diferentes trastornos de ansiedad. Por ejemplo, la conducta de evitación generalizada es una respuesta para reducir el miedo y la ansiedad, o los ataques de pánico son una respuesta cuando las situaciones que causan ansiedad no pueden evitarse.

Al igual que los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos involucran rasgos conductuales como pensamientos recurrentes, conductas de evitación y conductas repetitivas. No obstante, la diferencia entre ambos grupos de trastornos estriba en que los pensamientos recurrentes que están presentes en los trastornos de ansiedad están asociados a preocupaciones de la vida real, mientras que en los trastornos obsesivo-compulsivos no lo están considerándose, por ende, preocupaciones extrañas, irracionales o de naturaleza mágica (DSM-5, 2013:241). En este sentido, los trastornos obsesivo-compulsivos se caracterizan por estados mentales resultado de capacidades cognitivas que podrían estar sufriendo una exacerbación. A saber, se presume un sentido exacerbado de la responsabilidad o tendencia a sobrestimar las amenazas; perfeccionismo o intolerancia a la incertidumbre; tendencia a darle mucha importancia a ciertos pensamientos y la necesidad de controlar los pensamientos (DSM-5, 2013:238).

Mientras que algunos trastornos mentales como los anteriormente mencionados parecen involucrar el déficit o disfunción de rasgos cognitivos más focalizados, otros trastornos como la esquizofrenia o los trastornos psicóticos se caracterizan por la presencia anidada de “anormalidades” en varios dominios amplios (DSM-5, 2013:100). Por ejemplo, delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, conducta motora anormal, además de los síntomas llamados negativos que se refieren a la expresión disminuida de las emociones, la voluntad, la capacidad de experimentar placer, el empobrecimiento del pensamiento y la sociabilidad. La esquizofrenia es un trastorno que incluye una constelación compleja de

disfunciones cognitivas que o bien son producidas de manera más o menos clara por la disfunción de alguna capacidad cognitiva o motora, o parecen ser el resultado de algún tipo de disfunción en algún sistema neural gravemente desorganizado pero que aún no ha sido identificado.

Por último, mencionaremos aquí los trastornos del neurodesarrollo que, como su nombre lo indica, son condiciones que tienen su inicio en el periodo de desarrollo a una edad muy temprana, antes de los primeros grados escolares, y que causan disfunciones que prevalecen incluso hasta la vida adulta. Los déficits en el neurodesarrollo reflejados en este grupo de trastornos van desde ciertas limitaciones específicas en el aprendizaje o control de funciones ejecutivas, hasta deficiencias globales en habilidades sociales y en la inteligencia. Una característica central de este grupo de trastornos es la discapacidad que producen en varias áreas del funcionamiento cognitivo y que se refleja en el desempeño personal, social, académico y ocupacional. Entre las categorías diagnósticas incluidas en este grupo están los trastornos del espectro autista, algunos trastornos de la comunicación, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno de aprendizaje específico y un trastorno motor.

Si bien podemos observar en las definiciones de los diagnósticos del DSM-5 que hay, en algunos casos, ya demarcados una serie de sistemas o capacidades cognitivas involucradas en los trastornos mentales, también se observa que en las definiciones estos se mezclan con la descripción de síntomas que o son una descomposición de estos sistemas, o se suman a estos para dar una imagen completa del trastorno. Lo cierto es que los síntomas han sido los principales objetos de clasificación de los trastornos mentales hasta el día de hoy. Sin embargo, como bien afirma Berrios (2008) estos siguen siendo objetos inestables, pues su interpretación (en primera persona) muchas veces depende de la competencia lingüística de las personas, de la cultura, y de otros factores, mientras que la identificación por parte de los psiquiatras clínicos a través de entrevistas o pruebas depende de la pericia de los mismos; problema este último que está presente no sólo en la psiquiatría sino en el resto de la medicina y en la mayoría de las disciplinas científicas.

A diferencia de la estrategia de clasificación utilizada en el DSM-5, la cual incluye en sus definiciones la descripción de rasgos cognitivos y síntomas conductuales, a partir del marco

teórico aquí articulado se sugiere una modelación y clasificación de los trastornos mentales, que de *manera más sistemática* identifique, investigue y describa las disfunciones involucradas a nivel cognitivo, neurocognitivo o neural; elementos que desde el punto de vista que aquí se sostiene, son constitutivos de los trastornos mentales. La propuesta no es desdeñar la psicopatología y el lenguaje de los síntomas, sino hacer un trabajo de mapeo o correlación entre las definiciones de los síntomas y las disfunciones cognitivas y/o neurocognitivas en las que se pueden integrar. El objetivo, como se ha referido desde un principio, es excluir del concepto *enfermedad mental* aquellas condiciones que obedezcan exclusivamente a una lógica normativo-social, **y no a una lógica de la enfermedad en un sentido fuerte**, de tal manera que se dé a cada condición el estatus y tratamiento que su naturaleza y complejidad requiere.

Si bien no todos los trastornos mentales son concebidos como enfermedades en sentido estricto, tanto por los especialistas (psiquiatras, médicos en general) como por los legos, es cierto también que su clasificación dentro de un mismo sistema que les otorga un estatus semejante, tiene consecuencias importantes en diferentes ámbitos (médico, social, económico). En este sentido nos parece importante distinguir entre trastornos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o una depresión mayor, ya que bien pueden estar asociados a disfunciones cognitivas y/o neurales, así como a otra clase de “trastornos”, como los anteriormente llamados trastornos de género⁵⁷, o el trastorno por acumulación, los trastornos por uso y abuso de sustancias, o los trastornos de la alimentación, que pueden estar asociados, en primera instancia, a factores sociales, económicos o culturales, y como en el caso del abuso de sustancias, producir como consecuencia daño a nivel neurológico y cognitivo. En alguna medida, el sentido de las trayectorias causales es importante, en la medida en que puede determinar los ámbitos de intervención y aún más de prevención, de las diferentes condiciones hoy objeto de la psiquiatría.

En cuanto a la sugerencia de modelar los trastornos mentales como enjambres de disfunciones sistémico-homeostáticas, esta conlleva el reconocimiento de una cierta estructura relacional entre las tareas o procesos cognitivos involucrados. Es decir, además

⁵⁷ El DSM-5 por ejemplo, cambio el término de trastorno de género a disforia de género, justamente con el objetivo de concederle un estatus distinto a esta “condición”, y no la de trastorno o enfermedad.

de sugerir una descomposición e identificación de las disfunciones involucradas en los trastornos mentales, también es importante una estrategia de modelación que identifique *cómo unas y otras disfunciones están concatenadas o relacionadas* (cómo se han formado los enjambres de disfunciones cognitivas/neurales), *de tal manera que hacen emerger constelaciones peculiares de rasgos psicopatológicos que configuran los distintos trastornos, sus síntomas y causas*. En esta concatenación es posible que no todos los rasgos cognitivos o neurocognitivos involucrados correspondan con algún tipo de déficit, pero sí pueden estar siendo afectados por otros rasgos deficitarios que producen información problemática o inusual (Crastley y Samuels, 2013) que interfiere en el procesamiento subsecuente de información que es dominio de otro rasgo cognitivo. En este sentido, un trastorno mental entendido como enjambre de disfunciones sistémico-homeostáticas, no necesariamente deberá estar constituido de manera exclusiva por disfunciones de capacidades cognitivas o neurocognitivas, sino también por capacidades cognitivas que procesan información que ha sido alterada o afectada por alguno o más sistemas de procesamiento precedentes.

Si pensamos los trastornos mentales como disfunciones de sistemas funcionalmente estructurados, parte de la tarea de modelamiento de éstas es identificar el tipo de relaciones de causalidad, reciprocidad o dependencia que se establecen entre los rasgos involucrados, cómo están siendo afectados los procesos cognitivos de estos sistemas, y por qué producen las “constelaciones” de síntomas que son generalmente característicos de cada trastorno mental. Por ejemplo, ¿por qué las alucinaciones propias de los trastornos psicóticos no son del mismo tipo que las alucinaciones que surgen cuando hay alguna enfermedad física?, o como se mencionó antes en relación con los trastornos de ansiedad y los trastornos obsesivo-compulsivos, ¿por qué ambos grupos de trastornos parecen compartir síntomas semejantes pero, al mismo tiempo, parecen estar constituidos por una disfunción distinta que los dota de un carácter propio?

Descubrir cómo se implementa cada uno de los procesos o tareas cognitivas que tanto a nivel funcional cognitivo como neural han sido identificados, no es determinante para llegar a una buena explicación si podemos determinar qué relaciones permiten que haya una cierta estructura o arreglo estable de propiedades.

Con el objeto de ejemplificar el tipo de trastornos mentales que podrían modelarse a partir de la estrategia de clasificación sugerida, a continuación se sugiere una tipología muy general y esquemática que retoma algunos de los ejemplos de trastornos que hemos mencionado antes.

- *Trastornos como enjambres de disfunciones cognitivas:* serían aquella clase de trastornos para las cuales se han identificado una o más disfunciones a nivel de los sistemas cognitivos comprometidos, y para los cuales se conocen parcialmente los detalles sobre su implementación a nivel neuroanatómico y neurológico, o tales detalles son compartidos con otros conjuntos de disfunciones cognitivas, de tal suerte que no pueden determinarse la especificidad con respecto a estos. La *esquizofrenia* podría considerarse un ejemplo de esta clase de trastornos mentales, pues como vimos antes, en este diagnóstico se observa la presencia anidada de déficits o exacerbaciones en una serie de capacidades cognitivas como la memoria declarativa, la memoria de trabajo, las funciones ejecutivas y la atención sostenida, por ejemplo.
- *Trastornos como enjambres de disfunciones neurocognitivas:* serían aquella clase de trastornos para las cuales se han identificado una o más disfunciones cognitivas comprometidas, al mismo tiempo que se conocen, al menos parcialmente, los sistemas neurológicos en los que se implementan y las disfunciones involucradas en ese nivel. La *depresión* bien podría ajustarse a esta tipología, pues los estudios, aunque no determinantes, han arrojado mayor información entre los sistemas cognitivos y los rasgos neurofisiológicos involucrados.
- *Trastornos como enjambres de disfunciones neurológicas:* serían aquella clase de trastornos mentales en la que se reconoce un desorden a nivel neurológico, pero que no necesariamente está localizado en algún área particular del cerebro ni asociado al déficit o deterioro de algún sistema cognitivo particular. La *epilepsia* podría ser un ejemplo de este tipo de trastornos, en los que hay una explicación más clara de lo que sucede en términos neurofisiológicos, mientras que es difícil focalizar las disfunciones cognitivas involucradas.

- *Trastornos como enjambres de disfunciones no focalizadas*: este tipo involucraría trastornos en lo que si bien no pueden focalizarse disfunciones claras a nivel cognitivo y/o neural, si evidencian un déficit que puede ser tan masivo que involucra disfunciones masivas a nivel neurocognitivo.
- *Condiciones clínicamente significantes no disfuncionales*: este último tipo de condiciones podría involucrar aquellos conjuntos de condiciones cuya delimitación o identificación obedece principalmente a sesgos normativos y a factores contextuales. Por ejemplo, el trastorno desafiante de la personalidad, un diagnóstico que en el actual DSM-5 enmarca la conducta problemática de los adolescentes en un contexto patológico, antes que entenderla como respuestas “normales” frente a condiciones de pobreza, discriminación, violencia, falta de oportunidades, etcétera.

Son varias las ventajas epistemológicas de una estrategia de clasificación sistémico-funcional que toma como punto de partida la arquitectura cognitiva y neural sobre la que han avanzado hasta hoy las ciencias cognitivas y la neurobiología. Aunque a lo largo de este último capítulo se han abordado algunos puntos relevantes de las estrategias de clasificación descriptiva y etiológica, a continuación intentaremos resumir cuáles son las ventajas de la estrategia sugerida frente a las existentes.

5.3.2 Ventajas de una estrategia sistémico-funcional de clasificación de los trastornos mentales

Como ya hemos referido antes, el análisis sistémico funcional ha sido una herramienta heurística indispensable en el desarrollo de las ciencias cognitivas y las neurociencias cognitivas, disciplinas que han avanzado en el “descubrimiento” de la arquitectura de la mente y en algunos casos, de sus correlatos neurales. Si la estrategia de descomposición propia del análisis sistémico de funciones puede ser un método promisorio para modelar de manera más rigurosa, precisa y acertada los contornos de la mayoría de los trastornos mentales, entonces se podría establecer una importante diferencia con el enfoque *descriptivo* del DSM o los nuevos enfoques que buscan modelar de manera más puntual los síntomas psiquiátricos a partir de proyectos como el RDoC o el modelo de endofenotipos.

Una diferencia importante entre el enfoque de la actual psiquiatría biológica y el enfoque sistémico que aquí se propone para enmarcar la definición de enfermedad mental como disfunción que causa un daño, es que este último enfoque nos lleva a dirigir la atención en los sistemas cognitivos y/o neurales que han sufrido una alteración significativa respecto a su función normal, y no solo a las causas que la produjeron. Aunque es necesario para la psiquiatría conocer las trayectorias causales que se desarrollan en los niveles neurológicos, celulares, moleculares o genéticos, la perspectiva que aquí se sugiere hace hincapié en la identificación de los mecanismos cognitivos o neurales *cuyas disfunciones constituyen la enfermedad* sin tener que bajar de nivel con el fin de tener una explicación. Además de identificar los procesos biológicos que producen en ocasiones una disfunción, lo que se propone es centrarse en la identificación de los sistemas mentales que están involucrados en un síndrome psiquiátrico, cuando ésta sea posible. Sobre la base de esta identificación funcional, la investigación de las estructuras neurales, e incluso de los procesos fisiológicos y genéticos, puede resultar eventualmente una tarea más promisoría sin que tales trayectorias sean necesariamente la única manera de delimitar y explicar los trastornos.

Las categorías diagnósticas del DSM son concebidas desde hace tiempo como un lastre que ha impedido el avance de la psiquiatría (Hyman, 2007), no solo porque se considera que estas han obstaculizado la investigación y comprensión de los mecanismos causales de los fenómenos psiquiátricos, sino porque además en su intento por depurar un lenguaje operacional, se ha limitado el desarrollo de la psicopatología. Más allá del cuestionamiento sobre la validez de las categorías diagnósticas, resta determinar cuánto del lenguaje de los síntomas utilizado en el DSM actual puede recuperarse para mapear los mecanismos mentales que las ciencias cognitivas y las neurociencias cognitivas conocen y comprenden mejor. Al día de hoy, por lo pronto, las investigaciones que se llevan a cabo en el contexto del actual proyecto de investigación del NIMH, el RDoC, sugieren distanciarse de las categorías diagnósticas del DSM, más no de los síntomas que los describen, pues en alguna medida han sido recuperados y sintetizados en la matriz de dimensiones funcionales propuesta como guía de investigación de este marco de investigación.

Desde un enfoque de las neurociencias cognitivas, por ejemplo, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha sido estudiado como un síndrome en el que están

involucradas la memoria de trabajo, los mecanismos de excitación y activación, el sistema de procesamiento de información temporal, la memoria extendida y propiedades como la velocidad de procesamiento (Poland & Eckardt, *Mapping the Domain of Mental Illness*, año). En contraste, en el DSM-5 el TDHA se define como un síndrome caracterizado por: “dificultad para poner atención”, “cometer errores de descuido”, “dificultad para sostener atención en tareas y actividades”, “dificultad para seguir instrucciones”, “evitar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido”, entre otros. Teniendo como referencia este ejemplo, vemos que pueden trazarse algunas intersecciones entre las conductas descritas en los diagnósticos y las capacidades y sistemas cognitivos postulados por la psicología cognitiva y la neurociencias cognitivas⁵⁸. Como referimos antes, este trabajo de mapeo no sólo beneficia a la psiquiatría sino también a las ciencias cognitivas, pues ayuda a esclarecer, por un lado, los rangos de funcionamiento normal y anormal, y por el otro, las posibles formas en que tales alteraciones funcionales tienen lugar.

La pregunta que surge es si el enfoque sistémico funcional puede vislumbrarse como un enfoque intermedio entre la estrategia descriptiva del DSM y el sesgo organicista/causal de la psiquiatría biológica. Proponer el criterio “objetivo” de disfunción como un enfoque intermedio de clasificación y diagnóstico evita en primera instancia el compromiso con cualesquier hipótesis causal organicista, psicologista e incluso sociológica, al mismo tiempo que busca enmarcarse en los avances de las neurociencias cognitivas y la neurobiología cognitiva a fin de identificar (evitando sesgos idiosincráticos o culturales) cuándo una conducta es expresión de la disfunción de una o más sistemas cognitivos y/o neurales.

Una posible crítica que podría hacerse a la definición de enfermedad mental como disfunción que causa daño, es que abona presuntamente al enfoque biologicista y reduccionista de la psiquiatría y a la concomitante reificación de las enfermedades mentales. No obstante, nuestra propuesta pretende evitar el compromiso con explicaciones

⁵⁸ Tomare aquí como referencia la definición que hace Sullivan (2015) de ambas disciplinas como áreas o disciplinas que se proponen entender cómo el cerebro produce la cognición y la conducta. Las neurociencias cognitivas, por ejemplo, “investigan las bases neurales de las capacidades cognitivas humanas y su objetivo es identificar qué regiones del cerebro soportan qué capacidades”. La neurobiología cognitiva en cambio, “investiga los mecanismos sinápticos, celulares y moleculares que subyacen a la cognición”. Pp. 1-2 de la versión de Academia.edu.

causales que simplifican y sesgan la comprensión de los trastornos mentales para centrarnos en cambio en la funciones cognitivas⁵⁹, psicológicas y/o neurales que han sido alteradas por algún proceso patológico.

Volviendo sobre los dos criterios objetivo y normativo de la definición de enfermedad mental, una respuesta ante las posible críticas es que el criterio objetivo de disfunción (biológica) se vislumbra como una condición necesaria para constreñir el ámbito de aplicación del concepto y prevenir su uso indiscriminado frente a conductas que encontrarían una mejor explicación y abordaje desde una perspectiva psicodinámica, social, económico y/o cultural, y no necesariamente médico-psiquiátrica. Mientras que el criterio normativo no sólo requiere que sea dañina la disfunción biológica, además, es una dimensión sin la cual el subsistema biológico del sujeto no puede pensarse, ni puede completarse. La dimensión normativa integra lo biológico a la experiencia en un medioambiente con sus particularidades físicas, sociales y culturales. En alguna medida es la dimensión normativa la que permite configurar el universo de la enfermedad como un fenómeno dinámico y no como una entidad estática.

Es así que sólo en la medida en que sepamos cómo integrar en un todo elementos como la biografía, el medio ambiente social, cultural y físico, es que tiene sentido incluirlos en el contexto de un análisis sistémico de funciones. Reconocer la relevancia de los factores externos no es suficiente. Es preciso entender en qué parte del proceso patológico intervienen y cómo interactúan con otros procesos biológicos. Sandra Mitchell (2008:125), por ejemplo habla de la complejidad de factores y entidades que intervienen en el desarrollo de las enfermedades psiquiátricas. Murphy (año), por su parte, atribuye un papel importante al medio ambiente como factor causal en el desarrollo de los trastornos mentales, pues incluso cuando alguien pueda poseer este “genotipo” y, por tanto, estar en posibilidades de desarrollar ciertos síntomas, el medioambiente puede compensar los efectos de este sobre la expresión del mismo.

⁵⁹ Una postura prudente por parte de la psiquiatría sería no tomar las capacidades cognitivas postuladas por la neurociencias cognitivas como clases naturales, sino como constructos que se designan para agrupar instancias de lo que parecen ser la misma capacidad.

CONCLUSIONES

Para concluir este trabajo haremos una recapitulación de algunos de los temas y problemas filosóficos que se abordaron aquí. Esta recapitulación tiene como objetivo no sólo recordarle al lector lo que ya ha leído, sino intentar plantear nuevas tramas posibles que concatenen dichos temas a fin de sugerir nuevas líneas de investigación que permitan profundizar o explorar mejores direcciones. Como este será solo un ejercicio, no se pretende explorar de manera exhaustiva todas las posibles direcciones.

Un primer tema sobre el cuál valdría la pena profundizar –entre otras cosas para satisfacer mi propia necesidad de una mayor comprensión-, es acerca de los argumentos que se han esgrimido en contra de la teoría sistémica de funciones como un enfoque que por su supuesta arbitrariedad o instrumentalidad en la atribución de funciones, no puede retener el carácter normativo que parece tan necesario si queremos que la idea de función sea fructífera en las disciplinas médicas, por ejemplo. Aún cuando respondimos a tales objeciones con algunos de los propios argumentos que esgrimieron quienes proponen el análisis sistémico de funciones, parece necesario explorar un poco más al respecto.

Este tema sobre la normatividad de las funciones, me parece particularmente relevante porque tanto la biología como la medicina, necesitan modelos que permitan establecer de la manera más objetiva posible los límites entre función/disfunción, fisiología/patología, salud/enfermedad, etc. Las críticas sobre la arbitrariedad de estos límites sigue siendo un tema pendiente aquí. Si bien Lloyd (a quien mencionamos en el capítulo cuatro) podría tener razón respecto a que los estados del organismo no se anuncian a sí mismos como saludables o enfermos, tales distinciones son útiles e incluso necesarias en el trabajo de las disciplinas científicas. Si bien un rasgo biológico puede tener un amplio margen de variación en cuanto a su desempeño, es cierto también que en algún punto tal desempeño puede evaluarse –objetivamente” como disfuncional, patológico o anormal, si éste causa alteraciones relevantes a nivel sistémico. La pregunta que surge frente a la incomodidad que causa el carácter normativo de la noción de función, es ¿cómo puede minimizarse la influencia de los sesgos normativos de carácter social, para develar hasta donde sea posible

el carácter normativo de la propia naturaleza sin tener que apelar a la noción millikiana biológica de función? Cabría preguntarse también si una expectativa tal tiene sentido o incluso si es deseable e indispensable para una buena práctica científica.

Conclusiones sobre el DSM y el fracaso del programa de validez

Los problemas y limitaciones a los que se han enfrentado los creadores del Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales en la búsqueda de validez de las categorías psiquiátricas, se deben fundamentalmente (i) a las concepciones adoptadas respecto a la estructura causal de los subsistemas que constituyen el organismo humano, en particular respecto a la estructura causal del sistema mente-cerebro; (ii) a la idea de que la “estabilidad” de los síndromes a nivel clínico obedece a una estructura causal subyacente identificada en los niveles neural o genético, principalmente, y a que tal estructura debía ser única para cada síndrome. Este par de supuestos podrían muy bien asociarse el primero, al “modelo clínico patológico de enfermedad”, y el segundo, al “principio causal de la medida” de la psicometría, disciplina que sirvió de base metodológica al programa de validez de diagnóstico.

Una limitación adicional en la validación de las categorías diagnósticas del DSM fue la estrategia operacional de definición de diagnósticos, suponiendo que esta permitiría revelar eventualmente clases naturales. Esta estrategia operacional asociada a un supuesto enfoque a-teórico que adoptó la APA para evitar comprometerse con cualquier tipo de explicación sobre los trastornos mentales, dio como resultado un sistema de clasificación de trastornos mentales sostenido sobre un conjunto heterogéneo de conceptos psicológicos y conductuales, con correspondencias vagas o nulas respecto a los avances en disciplinas como las ciencias cognitivas y las neurociencias cognitivas.

Teniendo en consideración estos problemas parece importante sugerir un enfoque teórico y epistemológico sobre el que se elabore un sistema de clasificación de base empírica, que tome como punto de partida los mecanismos o sistemas cognitivos que hoy en día son parte de una arquitectura mental sobre la que se posee cierto consenso.

Conclusiones sobre por qué es pertinente hablar de clases naturales en el contexto de la psiquiatría

A diferencia de la postura que aquí se sostiene, Sullivan identifica ciertos problemas que dificultan el establecimiento de clases naturales en el contexto de las disciplinas de la mente-cerebro y en particular en la psiquiatría. Alude entre sus argumentos que la cognición como todo fenómeno biológico, es un fenómeno complejo que exhibe una ontología compleja. Al ser parte de un sistema biológico, las funciones cognitivas constituyen o están constituidas por componentes y procesos que se diseminan a múltiples niveles de organización: de los genes a las neuronas y a la conducta. Cada nivel constitutivo exhibe algún evento/proceso causal y la investigación de estos depende de la disciplina y los métodos disponibles. Sullivan observa en la literatura científica sobre trastornos mentales aquello que Wimsatt (2007:180) ya había señalado a propósito del estudio científico de los fenómenos complejos: unapluralidad de tesis y modelos articulados parcialmente, parcialmente contradictorios y parcialmente suplementarios. Concibe este pluralismo una fuente de inestabilidad para el estudio de los trastornos mentales como “clases de fenómenos”, puesto que cada disciplina toma en consideración sus propios criterios para individualizar una función cognitiva o un trastorno mental. Los avances en las neurociencias cognitivas y la neurobiología cognitiva, vistos a la luz de una postura crítica como la de Sullivan (2015), dan lugar a un campo de lo mental aún en proceso de maduración, con teorías y métodos de observación divergentes lo que impide puedan descubrirse los mecanismos subyacentes. Como consecuencia afirma Sullivan, las funciones cognitivas postuladas por las neurociencias cognitivas y la neurobiología cognitiva no pueden considerarse clases naturales.

Mientras Sullivan observa la pluralidad de tesis y modelos de las neurodisciplinas como una desventaja para la consolidación de blancos explicativos bien delimitados sobre los cuales dar explicaciones mecanicistas completas, la postura que aquí sostenemos se alinea con la confianza que muestran otros autores como Bechtel (2008), Craver (2006) y García (2012) en relación a las heurísticas de descomposición y localización, y el trabajo iterativo que es una práctica común y necesaria en el avance de las disciplinas científicas. El pluralismo teórico y metodológico en las neurociencias cognitivas no tiene porque ser

necesariamente fuente de inestabilidad (aunque si de variabilidad) para el estudio de las funciones cognitivas o de los trastornos mentales y un impedimento para postular clases naturales. Como lo muestra Bechtel en su abordaje histórico sobre la postulación de mecanismos cognitivos, el pluralismo de teorías y métodos ha sido una constante en las neurociencias cognitivas, lo que no ha significado un obstáculo para el avance de esta disciplina.

BIBLIOGRAFÍA

- Abad, F., Garrido, J., Olea, J & Ponsoda, V. (2006). *Introducción a la psicometría. Teoría Clásica de los Tests y Teoría de la Respuesta al Ítem*. Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología.
- Allen, C. (2002). Real traits, real functions? En A. Ariew, R. Cummins & M. Perlman (Eds.), *Functions. New essays in the philosophy of psychology and biology* (pp. 373-389). New York: Oxford University Press.
- American Psychological Association (1966). *Standards for educational and psychological tests and manuals*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Adriaens, P. R. & De Block, A. (Eds.) (2011). *Maladapting Minds: Philosophy, psychiatry and evolutionary theory*. New York: Oxford University Press.
- Andreasen N. C. (1995). The validation of psychiatric diagnosis: New models and approaches (editorial). *American Journal of Psychiatry*, 152(2), 161–167. doi: [10.1176/ajp.152.2.161](https://doi.org/10.1176/ajp.152.2.161)
- Andreasen, N. C. (2001). *Brave new brain. Conquering mental illness in the era of the genome*. New York: Oxford University Press.
- Angst, J. & Gamma, A. (2008). Diagnosis and course of affective psychoses: was Kraepelin right? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(Suppl 2), 107-110. doi: 10.1007/s00406-008-2013-2
- Berrios, G. E. (1993). Los psiquiatras británicos y su formación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 13(Suplemento), 32-36.
- Berrios, G. E. & Beer, D. (1994). The notion of unitary psychosis: a conceptual history. *History of Psychiatry*, 5(17) 13-16. doi: <https://doi.org/10.1177/0957154X9400501702>
- Berrios, G. E. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva del siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bechtel, W. (2008). *Mental mechanisms. Philosophical perspectives on cognitive neuroscience*. London: Routledge.
- Bechtel, W. & Richardson, R. C. (1993). *Discovering complexity: Decomposition and localization as strategies in scientific research*. Princeton, MA: Princeton University Press.
- Berenbaum, H. (2013). Classification and psychopathology research. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 894-901. doi: 10.1037/a0033096
- Borsboom, D. (2008). Psychometric perspectives on diagnostic systems, *Journal of Clinical Psychology*, 64(9), 1089-1108. doi: 10.1002/jclp.20503

- Borsboom, D., Mellenbergh, G. J. & van Heerden, J. (2004). The concept of validity. *Psychological Review*, *111*(4), 1061–1071. doi: 10.1037/0033-295X.111.4.1061
- Boorse, C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy & Public Affairs*, *5*(1), 49-68.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, *44*(4), 542-573.
- Boorse, C. (2011). Concepts of Health. In: Gifford, F. [Ed.] *Philosophy of Medicine*, 13-64. Oxford: Elsevier.
- Boyd, R. N., (1991). Realism, Anti-fundationalism and the Enthusiasm for Natural Kinds. *Philosophical Studies* *61*:127–148.
- Boyd, R. N. (1999). Kinds, complexity and multiple realization. Comments on Millikan's "Historical Kinds and the Special Sciences", *Philosophical Studies*, *95*(1-2), 67–98.
- Boyd, R. N. (2010). 12 Realism, Natural Kinds, and Philosophical Methods. *The semantics and metaphysics of natural kinds*, *1*, 212.
- Buller, D. (1999). Natural teleology. En D. Buller (Ed.), *Function, selection, and design* (pp. 1-28). Albany, NY: State University of New York Press.
- Broome, M. R. (2006). Taxonomy and ontology in psychiatry: A survey of recent literature. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, *13*(4), 303-319. doi: 10.1353/ppp.2007.0026
- Brüne, M., Belsky, J., Fabrega, H., Feirman, H. R., Gilbert, P., Glantz, K., ... & Troisi, A. (2012). The crisis of psychiatry — insights and prospects from evolutionary theory. *World Psychiatry*, *11*(1), 55-57. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.009>
- Canguilhem, G. (2011). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores.
- Caponi, S. (2010). Función, adaptación y diseño en biología. *Signos Filosóficos*, *12*(24), 72-101.
- Caponi, S. (2011). Para una estadística universal: Un debate sobre la primera clasificación de enfermedades mentales (1888-1889), *FRENIA*, *11*, 67-88.
- Caponi, S. (2012). Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: Bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889)", *Dynamis*, *32*(1), 185-207. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362012000100009>
- Caponi, S. & Martínez-Hernández, Á. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos", *Scientiae Studia*, *11*(3), 467-489.
- Cloninger, C. R. (1989). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Robins and Guze's method revisited. En L. N. Robins & J. E. Barrett (Eds.), *The validity of psychiatric diagnosis* (pp. 9-18). New York: Raven Press.
- Cooper, R. (2005). *Classifying madness: A philosophical examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Berlin: Springer.
- Cooper, R. (2014). *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. London: Karnac Books.

- Cosmides, L. & John T. (1999). Toward an evolutionary taxonomy of treatable conditions. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 453-464
- Crastley, K. & Samuels, R. (2013). Cognitive sciences and explanations of psychopathology”, En K. W. M. Fulford, M. Davies, R. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Eds.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp. 413-433). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Cummins, R. (1975). Functional analysis. *Journal of Philosophy*, 72, 741–64.
- Cummins, R. & Roth, M. (2010). No traits have no evolved to function the way they do because of a past advantage. En F. J. Ayala & R. Arp (Eds.), *Contemporary debates in philosophy of biology* (pp. 72-86). Hong Kong: Wiley-Blackwell.
- Craver, C. F. (2007). *Explaining the brain. Mechanism and the mosaic unity of neuroscience*. Oxford: Clarendon Press.
- Craver, C. F. (2009). Mechanisms and natural kinds. *Philosophical Psychology*, 22(5), 575 – 594. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09515080903238930>
- Craver, C. F. (2015). *Levels. OpenMIND project*.
- Craver, C. F. & Bechtel, W. (2007). Top-down causation without top-down causes. *Biology & Philosophy*, 22(4), 547–563. doi: 10.1007/s10539-006-9028-8
- Cronbach, L. J. & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281-302.
- Cuthbert, B. N. & Insel, T.R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RdoC. *BMC Medicine*, 11:126. doi: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
- Davies, P. S. (2001). *Norms of nature*. Cambridge, MA: MIT Press.
- De Block, A. & Adriaens, R. (2011). Why philosophers of psychiatry should care about evolutionary theory, pp. 3-32. En P. R. Adriaens & A. De Block (Eds.), *Maladapting Minds: Philosophy, psychiatry and evolutionary theory* (3-32). New York: Oxford University Press.
- Ehrenberger, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Ellenberger, H. (1993). *Beyond the unconscious. Essays of Henri F. Ellenberger in the History of Psychiatry*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Esquirol, È. (2000/1805a). *Sobre las pasiones consideradas como causas, síntomas y remedios de la alienación mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ereshefsky, M. (2009). Defining Health and Disease. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 40(3), 221–227. doi:10.1016/j.shpsc.2009.06.005
- Ereshefsky, M. & Raydon, T. (2015). Scientific kinds. *Philosophical Studies*, 172(4), 969-986. doi: 10.1007/s11098-014-0301-4

- Foucault, M. (2002). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gaebel, W. & Zielasek, J. (2008). The DSM-V initiative: Deconstructing psychosis in the context of Kraepelin's concept on nosology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(Suppl 2), 41-47.
- García, C. L. (2014). Funciones y homología funcional en las ciencias cognitivas. *Crítica, Revista Hispanoamericana de Filosofía*, 46(137), 3-36.
- García, C. L. (2010). Functional homology and functional variation in evolutionary cognitive science. *Biological Theory*, 5(2), 124-135.
- Gold, I. & Kirmayer, L. J. (2007). Cultural psychiatry on Wakefield's procrustean bed. *World Psychiatry*, 6(3), 165-166.
- Gottesman, I. I. & Gould, T. D. (2003). The endophenotype concept in psychiatry: Etymology and strategic intentions. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 636-645.
- Greene, T. (2007). The Kraepelinian dichotomy; the twin pillars crumbling? *History of Psychiatry*, 18(3), 361-379. doi: 10.1177/0957154X07078977
- Grove, W. M. & Andreasen, N. C. (1989). Quantitative and qualitative distinctions between psychiatry disorders. En L. N. Robins & J. E. Barrett (Eds.), *The validity of psychiatric diagnosis* (pp. 127-142). New York: Raven Press.
- Hariri, A. R. (2009). The neurobiology of individual differences in complex behavioral traits. *Annual Reviews of Neuroscience*, 32, 225-247. doi: [10.1146/annurev.neuro.051508.135335](https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.051508.135335)
- Healy, D., Harris, M., Farquhar, F., Tschinkel, S., & Le Noury, J. (2008). Historical overview: Kraepelin's impact on psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(2), 18-24.
- Hempel, C. G. (1994). Fundamentals of taxonomy. En J. S. Sadler, O. P. Wiggins & M. A. Schwartz (Eds.), *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hempel, C. G. (1965). *Aspects of scientific explanation and others essays in the philosophy of science*. Nueva York: Free Press.
- Hippius, H. & Müller, N. (2008). The work of Emil Kraepelin and his research group in München. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(Suppl 2), 3-11.
- Hyman, S. E. (2010). The classification of mental disorders: the problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-79. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532
- Hyman, S. E. (2002). Neuroscience, genetics, and the future of psychiatric diagnosis. *Psychopathology*, 35, 139-144. <https://doi.org/10.1159/000065134>
- Hyman, S. E. (2000). The genetics of mental illness: Implications for practice. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 455-463.

- Insel, T. R., (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RdoC) Project: Precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 395-397. doi: [10.1176/appi.ajp.2014.14020138](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020138)
- Jablensky, A. (2007). Does psychiatry need an overarching concept of “mental disorder”? *World Psychiatry*, 6(3), 157-158.
- Jablensky, A. & Kendell, R. (2002). Criteria for assessing a classification in psychiatry. En M. Maj, W. Gaebel, J. J. López-Ibor & N. Sartorius (Eds.), *Psychiatric Diagnosis and Classification*, (pp. 1-24). Chichester, UK: John Wiley & Sons LTD, UK.
- Jacob, C. P., Strobel, A., Hohenberger, K., Ringel, T., Gutknecht, L., Reif, A., Brocke, B. & Lesch, K.P. (2004), Association between allelic variation of serotonin transporter functions and neuroticism in Anxious Cluster C Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 569-572. doi: 10.1176/appi.ajp.161.3.569
- Kendell, R. & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between validity and utility of psychiatric diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 4-12. doi: 10.1176/appi.ajp.160.1.4
- Kendler, K. S. (2010). Commentary about grief exclusion criterion. *American Psychiatric Association*.
- Kendler, K. S. (2006). Reflections on the relationship between psychiatric genetics and psychiatric nosology. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1138–1146. doi: 10.1176/appi.2006.163.7.1138
- Kendler, K. S. (1980). The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder): A review. *Archives of General Psychiatry*, 37(6), 699-706. doi:10.1001/archpsyc.1980.01780190097012
- Kendler, K., Zachar, P. & Craver, C. (2010). What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological Medicine*, 41(6), 1143-1150.
- Kitcher, P. (1997). *The lives to come: The genetic revolution and human possibilities*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Kincaid, H. (2011). Causal Modeling, Mechanisms, and Probability in Epidemiology. *Causality in the Sciences*, 70-90.
- Kincaid, H. (2014). Defensible natural kinds in the study of psychopathology. *Classifying Psychopathology: Mental kinds and natural kinds*, 145-173.
- Kraepelin, E. (1999). *Cien años de psiquiatría. Una contribución a la historia de la civilización*. Madrid: Asociación Española de la Neuropsiquiatría.
- Kupfer, D. J., First, M. B. & Regier, D. A. (Eds.) (2002). *A research agenda for DSM-V*. Washington, D. C. American Psychiatric Association.
- Lilienfeld, S. O. & Marino, L. (1995). Mental disorder as a Roschian concept: A critique of Wakefield's “harmful dysfunction” analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 411-420. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.104.3.411>

- Lloyd, E. A. (1994). Normality and variation: The Human Genome Project and the ideal human type. En C. F. Cranor (Ed.), *Are genes us? The social consequences of the new genetics*, (pp. 99-112). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press
- Luhrman, T. M. (2000). *Of two minds. An anthropologist looks at American Psychiatry*. New York: Vintage Books.
- Machery, E. (2007). Massive modularity and brain evolution. *Philosophy of Science*, 74(5), 825–838.
- Malhorta, A. K., Kestler, L. J., Mazzanti, C., Bates, J. A., Goldberg, T. & Goldman, D. (2002), A Functional polymorphism in the COMT gene and performance on a test of prefrontal cognition. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 652–654. doi: 0.1176/appi.ajp.159.4.652
- Marková, I. S. & G. E. Berrios (2009). Epistemology of mental symptoms”, *Psychopathology*, 42, 343–349. <https://doi.org/10.1159/000236905>
- McHugh, P. R. & Slavney, P. R. (1988). *The Perspectives of Psychiatry*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Millikan, R. G. (2002). Biofunctions: two paradigms. *Functions: New essays in the philosophy of psychology and biology*, 113-143.
- Millikan, R. (1989). In defense of proper functions. *Philosophy of Science*, 56(2), 288-302.
- Mitchell, S. D. (1995). Function, fitness and disposition. *Biology and Philosophy*, 10(1), 39-54.
- Murphy, D. (2010). *Philosophy of Psychiatry*. Stanford Encyclopedia of Philosophy. <http://plato.stanford.edu/entries/psychiatry/#Exp>
- Murphy, D. (2009). Psychiatry and the concept of disease as pathology. En M. R. Broome & L. Bortolini (Eds.), *Psychiatry as Cognitive Neuroscience. Philosophical Perspectives*, (pp. 103-121). Oxford: Oxford University Press.
- Murphy, D. (2006). *Psychiatry in the Scientific Image*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Murphy, D. & Woolfolk, R. (2000). Conceptual analysis versus scientific understanding: An assessment of Wakefield’s folk psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 7(4), 271-293.
- Neander, K. (1991). Functions as selected effect: The conceptual analyst’s defense. *Philosophy of science*, 58(2), 168-184.
- Nesse, R. & Jackson, E. (2011). Evolutionary foundations for psychiatric diagnosis: Making DSM-V valid. En Adriaens, P. R. & De Block, A. (Eds.) (2011). *Maladapting Minds: Philosophy, psychiatry and evolutionary theory*, (pp. 173-197). New York: Oxford University Press.
- Nettle, D. (2011). Normality, disorder, and evolved function: The case of depression. En Adriaens, P. R. & De Block, A. (Eds.) (2011). *Maladapting Minds: Philosophy, psychiatry and evolutionary theory*, (pp. 198-215). New York: Oxford University Press.

- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751
- Novella, E. J. & Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219. doi: 10.5093/cl2010v21n3a1
- Platek, S., Keenan, J. & Shackelford, T. (2007). *Evolutionary Cognitive Neuroscience*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Piccinini, G. & Craver, C. (2011). Integrating psychology and neuroscience: functional analyses as mechanism sketches. *Synthese*, 183, 283–311.
- Poland, J., & Von Eckardt, B. (2013). Mapping the domain of mental illness. *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, 733-752.
- Porter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. Madrid: Turner, FCE.
- Postel, J. & Quétel, C. (Coords.) (2000). *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Povich, M. & Craver, C. F. (2016). Mechanisms: Levels, reduction, and emergence. Recuperado de <https://philarchive.org/archive/POVMLR>
- Ravenscroft, I. (2012). What's Darwin got to do with it? The role of evolutionary theory in psychiatry. *Biology and Philosophy*, 27(3), 449-460.
- Rezneck, L. (1987). *The Nature of Disease*, Londres: Routledge.
- Robins, R. & Barret, J. (Eds.) (1989) *The Validity of Psychiatric Diagnosis*. New York: Raven Press.
- Robins E. & Guze S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126(7),983–987
- Roe, K. & Murphy, D. (2011). Function, dysfunction, and adaptation? En Adriaens, P. R. & De Block, A. (Eds.) (2011). *Maladapting Minds: Philosophy, psychiatry and evolutionary theory*, (pp. 216-238). New York: Oxford University Press.
- Sauri, J. (1969). *Historia de las ideas psiquiátricas*. Buenos Aires: Ediciones Carlos Lohlé.
- Scadding, J. (1988). Health and disease: what can medicine do for philosophy? *Journal of Medical Ethics*, 14, 118-124.
- Schaffner, K. (1993). *Discovery and Explanation in Biology and Medicine*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of prozac*. Toronto: John Wiley and Sons, Inc.
- Shorter, E. (2005). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- von Praag, H. (2008). Kraepelin, biological psychiatry and beyond. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(Suppl 2), 29-32.

- Slater, M. H. (2014). Natural kindness. *The British Journal for the Philosophy of Science*, 66(2), 375-411.
- Spitzer, R. L. (2001). Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R: An insider's perspective and a belated response to Sadler, Hulgus, and Agich's "On values in recent American psychiatric classification". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(6), 351-359.
- Spitzer, R. L. & Klein D. (1978). *Critical Issues in Psychiatric Diagnosis*. New York: Raven Press.
- Spitzer, R. L. & Endicott, J. (1978). Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria. En R. L. Spitzer & D. F. Klein (Eds.), *Critical issues in psychiatric diagnosis* (pp. 15-39). New York: Raven Press.
- Sullivan, J. (2015). Neuroscientific kinds through the lens of scientific practice. In *Natural Kinds and Classification in Scientific Practice* (pp. 67-76). Routledge.
- Sullivan, J. (2014). "Stabilizing Mental Disorders, Prospects and Problems. En H. Kincaid & J. Sullivan (Eds.), *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*, (pp. 257-281). Boston, MA: MIT Press.
- Szasz, T. (1961). *The Myth of the Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Nueva York: Harper & Row Publishers, Inc.
- Szasz, T. (1987). *Insanity*. New York: Willey.
- Thornton, T. (2002). Reliability and validity in psychiatric classification: Values and neo-humeanism. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 9, (3), 229-235. doi: [10.1353/ppp.2003.0050](https://doi.org/10.1353/ppp.2003.0050)
- Thornton, T. (2007). *Essential philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Uher, R. (2009). The role of genetic variation in the causation of mental illness: an evolution-informed framework. *Molecular Psychiatry*, 14, 1072–1082
- Varga, S. (2012). Evolutionary psychiatry and depression: Testing two hypotheses. *Medical Health Care and Philosophy*, 15(1), 41-52. doi: 10.1007/s11019-010-9305-9
- Wakefield, J. (2013). The DSM-5 debate over the bereavement exclusion: Psychiatric diagnosis and the future of empirically supported treatment. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 825-845. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.03.007>
- Wakefield, J. (2007). The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*, 6(3), 149-156.
- Wakefield, J. (2002). Why specific design is not de mark of the adaptacional. *Behavioral and Brain Sciences*, 25(4), 532-533.
- Wakefield, J. (1999). Mental disorder as a black box essentialist concept. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 465-472.
- Wakefield, J. (1997). When is development disordered? Developmental psychopathology and the harmful dysfunction analysis of mental disorder. *Development and Psychopathology*, 9, 269–290,

- Wakefield, J. (1992). The concept of mental disorder, On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), 373-388.
- Wachbroit, R. (1994). Normality as a biological concept. *Philosophy of Science*, 61(4), 579-591.
- Watters, K. (2017). No General Structure. En M. H. Slater & Z. Yudell (Eds.), *Metaphysics and the Philosophy of Science. New Essays*, (pp. 81-108). New York: Oxford University Press.
- Weiner, D. (2002). *Comprender y curar, Phillipe Pinel 1745-1826. La medicina de la mente*. Mèxico: Fondo de Cultura Económica.
- Weber, M. (2014). Reference, Truth, and Biological Kinds.
- Wilson, R., Barker, M. J. & Brigandt, I. (2007). When traditional essentialism fails: Biological natural kinds. *Philosophical Topics*, 35(1/2), 189-215.
- Wimsat, W. (1994). The ontology of complex systems: Levels of organization, perspectives and causal thicketts. *Canadian Journal of Philosophy*, 24(1), 207-274.
- Wouters, A. (2005). The functions debate in philosophy. *Acta Biotheoretica*, 53, 123–151.
- Woody, A. I. (2014). Chemistry's periodic law: Rethinking representation and explanation after the turn to practice. *Science After the Practice Turn in Philosophy, History, and the Social Studies of Science*, édité par L. Soler, S. Zwart, M. Lynch et V. Israël-Jost, London: Routledge.
- Woody, A., Hendry, R. F., & Needham, P. (Eds.). (2012). *Philosophy of chemistry* (No. 6). Elsevier.
- Young, G. (2014). PTSD, Endophenotypes, the RDoC, and the DSM-5. *Psychological Injury and Law*, 7(1), 75-91.
- Zachar, P. & Jablensky, A. (2015). Introduction. The concept of validation in psychiatry and psychology. En P. Zachar, D. St. Stoyanov, M. Aragona & A. Jablensky, *Alternative Perspective on Psychiatric Validation, DSM, ICD, RdoC and Beyond*, (3-24). Oxford: Oxford University Press. UK.