

Definición, contenido y límites de la psiquiatría contemporánea

Carlos Rojas Malpica¹

Artículo original

SUMMARY

The purpose of this paper is to review the definitions of psychiatry and the epistemological structure of the discipline as a branch of medical science. Reflection makes sense, because in order to navigate the flood of information provided in the journals and scientific conferences today, the psychiatrist requires a body of doctrine to guide, regulate and structure its practice. Critical study and hermeneutic rigour allow us to specify the three largest circulation definitions on the Spanish-speaking world, and also add some new challenges that social organization is asking the mental health professionals, which must be incorporated into their responsibilities and functions. It also discusses the relationship of psychiatry and the so-called human sciences, neurology and neuroscience, as well as their adherence to the general field of medical sciences. Given the diversity of interests, sources of knowledge and research methods that incorporates within it, psychiatry has been considered as an heterogeneous and heterological science. It is closer to the approach of transdisciplinarity complexity than the structure of the formal disciplines. This places it in an awkward position within the set of medical sciences. Hence, the transit route passes along the edge of epistemological suspicion.

Key words: Psychiatry, epistemology of psychiatry, neurosciences, neurology, medicine and psychiatry.

RESUMEN

El objetivo de la presente comunicación es revisar las definiciones de psiquiatría y la estructura epistemológica de la disciplina como rama de las ciencias médicas. La reflexión tiene sentido porque para navegar en el alud de información que se ofrece en las revistas y congresos científicos de hoy en día, el psiquiatra requiere de un corpus doctrinal que oriente, regule y dirija su práctica. El estudio crítico y el rigor hermenéutico nos permiten precisar las tres definiciones de mayor circulación en el mundo hispanoparlante, y además añadir algunos retos nuevos que la organización social está reclamando a los profesionales de la salud mental, que deben ser incorporados en sus competencias y atribuciones. También se discuten las relaciones de la psiquiatría con las denominadas ciencias humanas, la neurología y las neurociencias, así como su adscripción al campo general de las ciencias médicas. Dada la diversidad de intereses, fuentes de conocimiento y métodos de investigación que incorpora en su seno, la psiquiatría ha sido considerada como ciencia heteróclita y heterológica. Está más cerca del planteamiento complejo de la transdisciplinaria que de la estructura de las disciplinas formales. Ello la coloca en una posición incómoda dentro del conjunto de las ciencias médicas. De allí que su ruta de desplazamiento pase por el filo de la sospecha epistemológica.

Palabras clave: Psiquiatría, epistemología de la psiquiatría, neurociencias, neurología, psiquiatría y medicina.

INTRODUCCIÓN

La presente reflexión tiene sentido porque para navegar en el alud de información que se ofrece en las revistas y congresos científicos de hoy en día, el psiquiatra requiere de un corpus doctrinal que oriente, regule y organice su práctica. Pero también por los debates, polémicas y cuestionamientos que sobre ella se dan desde la medicina, sus contornos, y aún más allá, desde lo aparentemente ajeno o heterotópico. La psiquiatría es un saber de fronteras borrosas, pero con algunos núcleos firmes que trataremos de identificar (no es mononuclear, sino polinuclear). Si no define sus límites corre el riesgo del extravío, llegar hasta la omnipotencia y yendo más allá de

donde puede, pisar los terrenos de la charlatanería. Un comité de psiquiatras puede concurrir a un grupo de expertos y aportar ideas útiles para afrontar el problema de la violencia social, pero jamás deberá atribuirse la solución a un problema como ese, que trasciende los límites de la psiquiatría. La psiquiatría no tiene técnicas ni procedimientos demostrados para un problema de esa magnitud, ya que muchas veces topa con sus límites con problemas mucho más circunscritos a la práctica clínica, como las adicciones, los conflictos domésticos y los borrosos trastornos de personalidad. Una cosa es que los métodos de la psiquiatría puedan ser útiles para comprender personalidades de importancia histórica y otra muy distinta es proponerse solucionar problemas políticos o

¹ Departamento de Salud Mental, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

Correspondencia: Dr. Carlos Rojas Malpica. Departamento de Salud Mental, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Uslar 92-50 Urb. El Trigal Centro, 2002-005, Valencia, Venezuela. E.mail: clanrojas@movistar.net.ve

Recibido: 10 de noviembre de 2011. Aceptado: 4 de abril de 2012.

históricos por medio del diagnóstico y tratamiento psiquiátricos. Es cierto que el repertorio de alternativas terapéuticas se incrementa progresivamente y que podemos ser razonablemente optimistas en cuanto al progreso de la psiquiatría como práctica médica, pero no es sensato auspiciar falsas expectativas sobre sus posibilidades. La posición política de un psiquiatra no debe ser confundida con la psiquiatría. Es bueno iniciar estas palabras con un ejercicio de humildad: No estamos inaugurando el debate sobre este tema, otros autores se han ocupado del mismo. Por lo tanto, seguiremos las hojas de ruta que ellos han trazado.

VIAJE A LA SEMILLA

Es mejor y más acertado, escribir psiquiatría con "P". La letra griega Ψ , que según la gramática griega de Amenós,¹ debe pronunciarse *psi*, es la que se usa para escribir $\psi\chi\eta$, que el Diccionario Manual Griego traduce al castellano como sople, hálito, aliento vital, alma (como principio de la vida), vida, inteligencia, espíritu y mente.² En lengua española se aceptan las palabras "psique" y "psiquis", mientras que en inglés se suele usar *psyche*, todas derivadas de la voz griega ya mencionada. Aunque el DRAE³ también acepta escribir siquiatría, sicología y síquico, lo sentimos como una licencia ante la falta de pronunciación de la *p*, que aleja el término de su etimología por cuanto la *s* deriva de la letra griega Σ , σ , ς (sigma), con lo cual la palabra más próxima que podríamos encontrar sería $\sigma\kappa\omicron\nu$, que significa "higo", y "sicosis" una degeneración del higo. Por otra parte, suprimir una letra sólo porque no se pronuncie, nos podría llevar a suprimir la H del verbo haber, con lo cual no podríamos distinguir un AY de dolor de un HAY de haber. En la Antigua Grecia, Galeno, siguiendo las enseñanzas de Hipócrates en *Sobre las epidemias*, se refirió a las enfermedades del alma ($\psi\chi\eta$) diciendo que en algunas situaciones el espíritu se puede tornar corrupto en su mezcla natural con la sustancia cerebral, mientras que en Aristóteles parece haber una distinción tajante entre el alma y el cuerpo, especialmente en su *Ética a Nicómaco*. En todo caso, ya desde esos tiempos emerge la concepción de la enfermedad del espíritu como enfermedad del cuerpo.⁴ Nada debe extrañarnos esa preocupación por el espíritu en una sociedad inclinada a divinizar la vida, pues sobre todo eso quiso la *Paideia* griega.⁵ En su conversación con Alcibíades, Sócrates, después de una exhaustiva exploración de sus talentos, le recomienda, en primer lugar, el conocimiento de sí mismo ($\tau\omicron$ γν\omicron\tau\iota \sigma\epsilon\alpha\upsilon\tau\omicron\varsigma), y seguidamente, el cuidado del espíritu: $\text{E}\pi\mu\epsilon\lambda\eta\tau\alpha \tau\eta\varsigma \psi\chi\eta$. Lo más interesante, sin duda, es el hecho de que la práctica y cuidado de sí, tal como la propone, designa y prescribe la filosofía, se conciba como una operación médica en cuyo centro encontramos la noción fundamental de *therapeuein*.⁶

La cultura de la Antigua Grecia cultivó valores como la virtud, la belleza y la justicia. Posteriormente la vida cris-

tiana de la Edad Media promueve la beatitud como estado especial de elevación espiritual que aproxima al Altísimo. Pero con la organización laica de la sociedad que viene operando desde los inicios de la modernidad, se comienza a apreciar la salud como un valor personal y colectivo. De allí el estatuto científico y social que cobra la medicina y sus diversas especialidades en la contemporaneidad. Puede considerarse que el acto de Pinel en los tiempos de la Revolución Francesa, de liberar de sus cadenas a los enfermos mentales, es un momento de enorme valor ético y epistemológico en el nacimiento de la psiquiatría.

Los creadores del término "psiquiatría" parecen ser los alemanes Heinroth JC (1773-1842) y Reil C (1759-1813) quienes acuñaron el término alemán *psychiatrie*.^{7,8} Sin embargo, el verdadero fundador de la especialidad fue Pinel (1745-1826) quien prefirió el término *alienista*, que se continuó usando por muchos años del siglo XIX. Su *Tratado* está lleno de observaciones y recomendaciones sobre la forma de entender la *locura*, sin que quede duda de su aproximación científico-natural al tema: "...tal es el método que he seguido por el espacio de casi dos años para enriquecer la doctrina médica de la enajenación con todos los conocimientos que he adquirido por una especie de empirismo..."⁹ Desde allí hasta nuestros días se ha avanzado y profundizado mucho, por lo tanto el debate de hoy es otro.

La etimología del término ya la hemos explicado. Pero aún vale hacer algunas consideraciones adicionales. Para ello nos valdremos de una extensa cita de Segura: "La psique es el objeto de estudio central y directo de la Psicología y de la Psiquiatría. Otras disciplinas también lo tienen en cuenta en sus consideraciones... pero solamente éstas lo llevan en su nombre. El origen griego del término nos remite a «alma» y «aliento de vida». El griego *bios* está por vida. Y de ahí la biología. La psicología se refiere a psique en tanto que vida con alma y aliento ¿Tautología? Con psique nos encontramos entonces ante un fenómeno, manifestación y apariencia de vida, diferenciado en relación a bios y Biología. La psique -aliento de vida- humana se abre a la existencia como un proceso de madurez, un irse sabiendo en autoconocimiento, para hacerse cargo de los grados de libertad que le llevan a esculpir en decisiones su propia existencia. La Psique, vida humana, se manifiesta haciéndose cargo de emergencias y teleología, asumiendo racionalidad, sensibilidad, sentido y destino, al tiempo que aprende a dominar sus posibilidades de consciencia y libertad".¹⁰

Pero debemos entender que la psiquis no es una entelequia superpuesta a la anatomía humana. Ha sido necesario un enorme proceso de evolución filogenética y ontogenética para que aparezca tal atributo humano por medio del cual el cerebro da de sí la expresión psicológica y la subjetividad.¹¹ Todo lo que alguna vez estuvo en el alma hoy está situado en el cuerpo. A su vez, las expresiones más avanzadas del psiquismo, como el pensamiento y el lenguaje, son producto de complejísticas funciones cerebrales y extracerebrales. Del

concepto que se tenga de lo psíquico derivan consecuencias éticas, ideológicas y filosóficas que será necesario discutir más adelante.

DEFINICIONES DE PSIQUIATRÍA

Las definiciones de mayor circulación en el mundo hispanoparlante son las de Francisco Alonso-Fernández, Henri Ey y Carlos Castilla del Pino. Tienen en común la ubicación de la psiquiatría en el ámbito médico, su interés por lo psíquico o mental y el reconocimiento de alteraciones de la salud en dicho ámbito. La definición de Henri Ey añade una postura epistemológica. Ninguna de las tres hace consideraciones explícitas de orden ético en la definición, aunque sí podrían derivarse de un análisis más detenido de las mismas. He aquí las definiciones:

Francisco Alonso-Fernández: "Rama de la medicina humanística por excelencia, que se ocupa del estudio, prevención y tratamiento de los modos psíquicos de enfermar".

Henri Ey: "Rama de la medicina que tiene por objeto la patología de la vida de relación a nivel de la integración que asegura la autonomía y la adaptación del hombre a las condiciones de su existencia".

Carlos Castilla del Pino: "Ámbito del saber, institucionalmente médico en el actual momento histórico, que se ocupa de las consideradas alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta), cualquiera que sea su génesis, en lo que concierne a la dilucidación de su naturaleza, a la interpretación de las mismas y a su posible terapéutica".¹²

A las tres definiciones anteriores todavía cabe agregar la del DRAE: "Ciencia que trata de las enfermedades mentales". Desde los antiguos alienistas franceses hasta los momentos actuales ha ocurrido un enorme cambio en la percepción y ubicación social de la psiquiatría. También en su tarea social. La psiquiatría centrada en el individuo ha abierto los ojos al tema de la Salud Mental como problema colectivo y además se ha instalado en los sistemas y niveles de atención preventiva, curativa y rehabilitadora de las políticas de salud de los estados nacionales. De tal manera que todavía podemos agregar una quinta definición como "rama de la medicina que se ocupa de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental y sus alteraciones". Ninguna definición excluye a la otra y posiblemente todas deben ser mantenidas. Con respecto a la ubicación de la psiquiatría en el *locus* de la medicina, escuchemos estas palabras de Fernando Lolas: "La pertenencia de la psiquiatría al ámbito de lo médico implica una ventaja y una limitación. La ventaja no procede de su fundamentación teórica ni del carácter científico de sus asertos. En tanto disciplina, la medicina es deudora de racionalidades heterogéneas. La ventaja deriva de la profesionalización de la medicina, paradigmáticamente exitosa entre las profesiones basadas en el conocimiento formal, con una amplia discrecionalidad debida al manejo

de información bajo condiciones de máxima incertidumbre (relacionadas con vida y muerte) y complejas regulaciones de ética y etiqueta".¹³ Estando la psiquiatría inscrita en el marco regulatorio de la medicina, su ejercicio queda bajo las normas y leyes de su práctica. En el caso concreto de nuestro país, todo récipe (o receta) e indicaciones de un médico venezolano debe llevar su número de inscripción en el Colegio de Médicos, el del registro en el Ministerio del Poder Popular para la Salud, el Registro de Información Fiscal y la Cédula de Identidad del profesional. Todo ello remite a un contexto legal donde se produce la relación del médico con su paciente, de la mayor importancia categórica. El médico no está solo con su paciente dentro de un consultorio, pues también está la presencia tácita de la Ley de Ejercicio de la Medicina y el Código de Deontología Médica. Todo médico, venezolano o extranjero que no actúe dentro de dichas normativas, está ejerciendo ilegalmente la profesión.

PROBLEMAS EPISTEMOLÓGICOS Y METODOLÓGICOS. RELACIÓN CON OTRAS DISCIPLINAS

Ya hemos aceptado que hay varios núcleos constituyentes de la psiquiatría contemporánea. El primero es un núcleo histórico y primordial referido al estudio del acontecer morboso del psiquismo. Allí hay acumulado un saber que remite a una tradición que abarca varios siglos y que forma parte importante de nuestra práctica cotidiana. El mismo requiere una lectura acorde con las teorías y descubrimientos contemporáneos. Al lado de ese núcleo histórico confluyen saberes provenientes de las ciencias sociales y de las humanidades, de legítima integración y concurrencia para los planes de promoción y desarrollo de la salud mental, pero que también interpelan y/o enriquecen la psiquiatría con nuevos planteamientos epistemológicos sin los cuales no es posible avanzar científicamente tampoco. Por el otro lado está el enorme desarrollo de las denominadas neurociencias que junto a la neurología forman parte medular de los contenidos y estructuras indispensables para pensar la enfermedad y la salud mental. Si aceptamos que la psiquiatría contemporánea requiere integrar esos tres saberes, debemos entonces admitir que más que una disciplina, la psiquiatría es una transdisciplina que se mueve mejor en el planteamiento de la complejidad.

El momento del nacimiento de la psiquiatría coincide con el del positivismo francés del siglo XIX. Es conocido que el positivismo, cuyo máximo representante fue Auguste Comte (1798-1857), quiso desarrollar un conocimiento de la naturaleza y de la vida social partiendo de los hechos. El modelo hipotético-deductivo, que ya venía avanzando desde los tiempos de Francis Bacon (1561-1626) e Isaac Newton (1642-1727), es el que modela la producción de saber en la medicina desde entonces. Se requieren hechos cuantifica-

bles y verificables que prueben la veracidad o falsedad de una hipótesis. De allí que las estadísticas sean la herramienta indispensable para llegar a una verdad enarbolada estatutariamente y con mayúsculas.¹⁴ Fuera de esa estructura de producción de saber, no parece haber ciencia ni conocimiento posible. En el positivismo la subjetividad estorba. Es lo objetivo lo que importa. Además, todo debe quedar adecuadamente distribuido en un espacio y tiempo kantianos (Kant: 1724-1804). Las relaciones causa-efecto al estilo newtoniano quedan en evidencia con la bacteriología de Pasteur y Koch. Causa un enorme impacto en la psiquiatría el descubrimiento del Treponema o *Spirocheta Pallidum* por Schaudinn, en 1905, pues los establecimientos psiquiátricos estaban llenos de enfermos sifilíticos con Parálisis General Progresiva. De ese espíritu positivista y kantiano está imbuido Emil Kraepelin, quien desde su *Research Programme*, de 1897, propone un plan para la clasificación de las psicosis, que desarrolla entre 1896 y 1898. Muy pronto incorpora el problema de la evolución en la clasificación de las psicosis y anuncia que ha encontrado una nueva vía para el estudio de las enfermedades mentales, describiendo predictores tempranos del curso evolutivo. La categoría kantiana del tiempo entra por la puerta grande a la psiquiatría de la mano de Kraepelin. Con su procedimiento quiso relacionar el diagnóstico con la etiología, la patología y la sintomatología. Pero Kraepelin no estaba satisfecho con la exploración semiológica del momento, pues no lograba establecer una relación clara entre los síntomas y la denominada "alteración subyacente", aunque tampoco se le escapaba que éstos guardaban una profunda vinculación con la biografía y el mundo de vida del enfermo. Para Berríos y Hawser, la psiquiatría contemporánea todavía vive en un mundo kraepeliniano.¹⁵

Por otra parte, el estudio y conocimiento del cerebro marchaba a pasos firmes desde el siglo XIX. Broca PP (1824-1880) descubre el área del lenguaje, Jackson JH (1845-1911) plantea que hay una organización jerárquica en el cerebro en estrecha relación con la filogénesis y propone una lectura darwiniana de sus funciones. Los niveles más recientemente adquiridos en la filogénesis controlan los más antiguos. La corteza frontal, más desarrollada y reciente en lo humanos, controla las funciones mentales superiores. De su parte, Sherrington (1857-1952) comienza a hablar de las sinapsis y de los sistemas excitatorios e inhibitorios que controlan la función cerebral. Theodor Meynert dirigía la Segunda Clínica Psiquiátrica en el Allgemeine Krankenhaus, de Viena, desde 1875. Investigaba el origen de los trastornos mentales directamente en el cerebro. Sus críticos decían que prefería a los locos muertos. Era un hombre de exquisita sensibilidad artística y musical, pero al mismo tiempo, un materialista convencido de que no existía el alma humana. En esos años acogió a Sigmund Freud como investigador, quien permaneció allí por algunos años. Luego Freud marchó a París a seguir estudios con Charcot, el gran neurólogo francés estudioso de la histeria y sus manifestaciones clínicas. Las lógicas de

la neurología, sus trayectos y las localizaciones cerebrales parecían explicar toda la clínica del momento. A pesar de su sólida formación neurológica, y en buena parte debido a ella, Freud incorpora una nueva manera de leer los síntomas que trasciende los trayectos y localizaciones de la neurología. Se interesa por el inconsciente, la pulsión libidinal y tanática y su influencia en la vida psíquica, así como su expresión simbólica a través del cuerpo. Siguiendo a Charcot, reconoce la existencia de la histeria masculina. Se preocupa por la evolución de la libido y sus estadios críticos desde la infancia hasta la madurez. Reconoce el valor de la palabra en la curación. Teoriza sobre la represión y el malestar de la cultura. Aplica su conocimiento para la comprensión de obras literarias. En suma, crea la Teoría Psicoanalítica y abre una nueva visión del hombre que influye en la ciencia y la cultura de los siglos XX y XXI. El descubrimiento de Freud es sospechoso para la ciencia positivista porque no se deja arreglar a su estructura epistemológica. Con Freud nace la primera y más difícil legalización del estudio de la subjetividad en medicina. Esa subjetividad esquiva y molesta que se había sacado por las puertas, regresa convertida en una nueva antropología que entra por todas las ventanas.¹⁶

La segunda legalización de la subjetividad ocurre con la incorporación de la fenomenología por parte del joven Karl Jaspers (1883-1969) cuando publica su *Psicopatología General (Allgemeine Psychopathologie)* cuando apenas tenía 30 años de edad. Se sabe que le presentó su texto al gran patólogo alemán Nissl, y este le dijo: "Yo no entiendo mucho de eso, pero publíquelo que parece ser muy interesante".¹⁷ Jaspers es deudor de la fenomenología de Husserl la que utiliza para la captación del mundo vivencial del enfermo. Luego la fenomenología estructural de Jaspers resulta enriquecida con la analítica existencial de Ludwig Binswanger (1881-1966), que puede definirse como una especie de investigación biográfica cuya metodología proviene a la vez del psicoanálisis y de la fenomenología.¹⁸ Binswanger también toma de Heidegger (1889-1976) su concepto de ser-en-el-mundo, con lo cual se desbloquea la escisión sujeto/objeto que introdujo el positivismo y que no se podía resolver desde la simple introspección intimista. Para Binswanger (dice Otto Dörr), la enfermedad mental es mucho más que una alteración anatómica, estructural o funcional del cerebro, pues se trata de una modificación de la estructura del ser-en-el-mundo. Ello es radicalmente importante por cuanto la exploración psiquiátrica debe conducir hasta allí o de lo contrario se quedará chapoteando en la superficie del problema.¹⁹

El positivismo decimonónico entra en crisis con la Teoría de la Relatividad de Albert Einstein. La física de Newton ya no funciona para explicar los fenómenos electromagnéticos ni los procesos relacionados con las micropartículas y la velocidad de la luz. El espacio y el tiempo dejan de ser categorías autónomas para ser interdependientes. Dice Einstein que "en la medida en que las leyes de la matemática se refieren a la realidad, no son ciertas, y en la medida en que

son ciertas, no se refieren a la realidad".²⁰ Por otro lado, el filósofo y matemático Ludwig Wittgenstein (1889-1951) hizo ver que los resultados de la ciencia son representaciones y consensos que han de ser expresados en lenguaje. El lenguaje es una metáfora del objeto del que predica algunos atributos, pero en ningún caso lo sustituye ni es el objeto mismo, por lo tanto, no hay objetividad posible. Todo consenso es un acuerdo intersubjetivo.²¹

Las reflexiones anteriores cobran mayor importancia ante el avance de la denominada medicina y/o psiquiatría basada en la evidencia (MBE). La misma es una suerte de rearticulación del positivismo, propuesta desde algunos centros mundiales de producción de saber, avalados por la industria tecnomédica y especialmente farmacológica, que pretende imponerse como una nueva ideología. Según su propuesta sólo sería ético prescribir un fármaco desde su modelo. La evidencia generalmente es la que se deriva de los estudios multicéntricos y meta-análisis financiados por la industria farmacéutica. Generalmente los estudios están basados en los criterios diagnósticos de los DSM, cuyas fallas han sido ampliamente discutidas, y se refieren a una práctica profesional de factura norteamericana donde el psiquiatra a menudo se limita a prescribir el fármaco, porque los psicólogos hacen la terapia cognitivo-conductual y los trabajadores sociales se ocupan de los aspectos familiares o comunitarios. Ese paciente recortado en rebanadas, por razones ideológicas, prácticas y económicas, termina sufriendo un profundo desamparo antropológico. Si esa práctica está a tono con la cultura, estos fenómenos pueden pasar desapercibidos, pero dudo mucho que los resultados se puedan extrapolar a la psiquiatría venezolana o latinoamericana. Todos sabemos que el acto de la prescripción es un proceso que no es exclusivamente racional, allí interviene la experiencia, la intuición (comúnmente denominada ojo clínico), el conocimiento y muchos otros acontecimientos subjetivos que ocurren en la relación médico-paciente. Pues bien, todo ello debe ser excluido de la prescripción y hasta podría ser tachado de poco ético, de acuerdo a la MBE. Se trata entonces de un decomiso o confiscación de la subjetividad, que debe ser vigilado epistemológicamente. En el último Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en Buenos Aires, se llevó a cabo una Sesión de Trabajo sobre la MBE, donde participaron importantes investigadores del Reino Unido, Canadá y Argentina. Entre los ponentes se habló de la imposibilidad de un espacio para la investigación cualitativa en la MBE y se arrojaron fuertes dudas sobre sus fundamentos éticos.²² Al respecto me permitiré estas citas de Berríos: "La MBE aunque de buena voluntad y aparentemente de forma inocente se ha convertido en una trampa destructora de confianza y precisa una crítica seria antes de ser adoptada por los países en desarrollo. El daño causado por la MBE a la práctica de la psiquiatría en un mundo en desarrollo podría ser irreparable[...] «reificar» significa convertir las relaciones humanas en un objeto inanimado, o

cosa, desinvistiéndolas de todo dinamismo, valor personal y significado. Una vez estas relaciones humanas son reificadas no pueden explicar el cambio por sí mismas, y cualquier cambio que es medido por «estudios prospectivos» tiene que ser atribuido al ingrediente «activo», llámese también fármaco en cuestión..."²³ Demoleedor...y creo que suficiente para cerrar lo relacionado con la MBE.

Pero la psiquiatría norteamericana tiene logros que debemos reconocer. Su aportación en el área de lo biológico es formidable. Además, la ampliación del diagnóstico más allá de lo estrictamente nosológico en las Escalas Multiaxiales de los DSM es un enorme avance en la medicina. Aunque operacionalizados para ser trabajados como variables estadísticas, la inclusión de ejes para registrar el nivel de ajuste social y el estrés sufrido por el paciente, así como un Eje para el diagnóstico de la personalidad, representan una ampliación de la mirada que no estaba en los registros diagnósticos de la psiquiatría precedente. Sin duda es un progreso innegable. También lo es la inclusión de un eje idiográfico, basado en la investigación cualitativa etnográfica en la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico o GLADP, de la cual se han bajado gratuitamente más de diez mil ejemplares en la página web de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.²⁴ Pero hay que cuidarse de las clasificaciones. Un desmedido afán nosotáxico puede llevar a una proliferación innecesaria de entidades clínicas que terminan solapándose unas con otras. Algunas veces se oye decir que actores sociales con capacidad de presión política sobre instituciones como la Organización Mundial de la Salud o la Asociación Psiquiátrica Americana han logrado modificar criterios nosográficos y nosotáxicos. También se escuchan similares rumores para lograr coberturas del estado y de empresas aseguradoras. Creo que hay un exceso de nosotaxia y nosografía que va en desmedro de la nosología. Hay varios ejemplos de ello que podemos ver en nuestra práctica cotidiana: ¿Padece un enfermo bipolar, ansioso, adicto y con dificultades de adaptación psicosocial cuatro trastornos comórbidos? ¿Esquizofrenia y TOC son a menudo entidades comórbidas? ¿Lo son la fobia y el TOC? ¿Es necesario el concepto de comorbilidad? En los denominados espectros...las estructuras clínicas... ¿Se tocan por los bordes o por el núcleo? Los endofenotipos más característicos...¿condicionan los bordes o el núcleo común de las patologías? A menudo los árboles no dejan ver el bosque. Las clasificaciones no dejan ver el magma común de los trastornos mentales. Con un mayor ejercicio nosológico las clasificaciones podrían dar un vuelco impresionante.

La relación de la psiquiatría con la neurología ha sido de hermandad mellizal. Hasta hace algunos años los postgrados de la especialidad, así como las sociedades científicas se denominaban de psiquiatría y neurología. Nuestra Revista aún se llama *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*. Algunas veces se oye decir que el progreso de las neurociencias, que no es lo mismo que la neurología, hará que ésta se engulla a la psiquiatría. Ese temor a una

hermana caníbal debe ser disipado y amerita algunas consideraciones. La neurología, dice el DRAE, es "el estudio del Sistema Nervioso y sus enfermedades". Luce claro que no se ocupa de lo psíquico. Dice Alonso-Fernández que Henri Ey define la neurología como la *ciencia de las desintegraciones instrumentales*, y la psiquiatría, como la *ciencia de las disoluciones superiores y globales*. A diferencia de la neurología, que describe los síntomas siguiendo una secuencia mecanicista que comienza en el receptor, continúa en el conductor, llega hasta las áreas de proyección y asociación del cortex cerebral, y regresa convertido en respuesta motora o conducta, todo con arreglo a un corte transversal que produce un diagnóstico topográfico, lesional y sincrónico, la psiquiatría, sin desconocer estos trayectos, se interesa por la experiencia sensible a la que dan lugar dichos acontecimientos. El síntoma se acusa en la conciencia, no sólo como un incremento y/o decremento de la intensidad de una sensación, o incluso como una alteración cualitativa de la misma (dolor, analgesia, alodinia), sino también como una vivencia, es decir, por el registro sensible y el valor que la totalidad del ser le otorga al hecho que se presenta a la conciencia. La vivencia, ese neologismo creado por Ortega JM y Gasset para traducir la palabra alemana *Erlebnis*, se elabora a partir de los datos aportados por la sensación, tanto la proveniente de los órganos de los sentidos que nos conectan con el exterior, como de los sentidos propioceptivos y viscerosceptivos procedentes del propio cuerpo, pero no es pura sensación sino que es un fenómeno que involucra las estructuras mismas de la conciencia y de lo que Henri Ey denominaba *el cuerpo psíquico*. El estudio de las vivencias (la tristeza, la alegría, el sufrimiento, el aburrimiento y la angustia, entre otras) es objeto privilegiado de la observación fenomenológica. La captación esencial de la vivencia a través de la penetración empática es posible porque el psiquiatra se ha entrenado para ello. En su sistema de exploración y relación, el psiquiatra se involucra a sí mismo. Posee dentro de sí un sistema de exploración y de reconocimiento que no es exclusivamente racional, pues compromete todos los planos de su vida psíquica. Por otra parte, los datos del laboratorio y los exámenes complementarios sólo adquieren sentido en relación a un sujeto y su despliegue existencial. Nuestro proceso es transversal, longitudinal, sincrónico y diacrónico. Sólo así es posible la comunicación terapéutica, ya que el psiquiatra no trata síntomas ni órganos sino que se hace cargo del paciente integralmente. Alguna vez escuché decir a José Solanes que la psiquiatría "no es un oficio...no es un trabajo...es una vocación". Ello coincide plenamente con la idea de Alonso-Fernández quien sostiene que la psiquiatría antropológica no es sólo un método, sino "una entrega existencial por la cual el ser del psiquiatra reclama la existencia del psiquiatra". Por lo tanto, estando la psiquiatría en un nivel de complejidad mayor que la neurología, es más probable que las cosas ocurran al revés y sea la psiquiatría la que canibalice a su hermana neurología por cuanto las estructuras más simples terminan

absorbidas en las más complejas. Dicho esto, me arriesgaré a otra afirmación aún más osada: desde la psiquiatría se entiende mejor el cerebro que desde la neurología. Y una vez aquí, podemos redondear nuestra idea con esta extensa cita de Palem: "La gran lección de Ey es que el objeto específico de la psiquiatría no es el cerebro, la neurona, la hendidura sináptica, la molécula... la conciencia o el inconsciente o el *socius*, sino el Hombre. La enfermedad mental no es sólo la pérdida de habilidades, de salario o de empleo, de facultades o de funciones, de capacidades operatorias, o teatro de instancias; es una deshumanización, una pérdida de Ser; minusvalía, indignidad, disminución... contra el devenir consciente. Todo lo que deshumaniza al hombre interesa a la psiquiatría. Entendiendo por supuesto que no hay que confundir alienación mental y alienación social, locura y crimen («bajeza y enfermedad» decía Karl Jaspers), psiquiatría y criminología, política de salud y política asistencial. La función de la psiquiatría dentro de las ciencias humanas es la de garantizar el valor del hombre ayudándolo a permanecer o a devenir como el portador de los valores que lo califican en cuanto tal, escribe Pascal Le Vaou, psiquiatra y filósofo, en 2008".²⁵

Siguiendo con Ey, y también con Palem, es justo añadir esta observación adicional que señala una diferencia entre psiquiatría y neurología, pero que además contiene una nota muy importante que se puede hacer a la preocupación de Kraepelin sobre el problema de la "alteración subyacente", pues forma parte constitutiva de nuestro quehacer clínico: no es prudente ni razonable inferir directamente el síntoma a partir del trastorno orgánico y su materialización (mecanicismo). Siempre hay una separación o hendidura órgano-clínica. Se entiende por esto que hay un proceso de reorganización dentro del proceso de desorganización y que hay siempre un acontecimiento psíquico en el hecho psicopatológico. Por lo tanto si la sintomatología es en su manifestación relativamente independiente del trastorno negativo, siempre es patogénicamente dependiente.

Resulta entonces necesaria una metodología de exploración distinta, atravesada por diversos niveles de análisis y explicación de los fenómenos que no está presente en la neurología. Para Markova y Berríos resulta necesario un ejercicio epistemológico para entender los síntomas psicopatológicos. Aunque la mirada del clínico suele llevarlo a registrarlos como acontecimientos naturales, una hermenéutica más detenida nos revela que los mismos pueden ser captados como: a) categoría de objetos, b) estructuras, c) partes comprensibles, d) conceptos, e) definiciones, f) cesta de significados y g) atractores en una relación dialógica.²⁶

Kendler considera que la psiquiatría está irrevocablemente fundada en las experiencias mentales que se dan en primera persona, y que su meta central como disciplina médica es el alivio del sufrimiento humano resultante de la alteración de ciertos dominios de dicha primera persona, como el humor, la afectividad, la cognición, la formación de

conceptos, la percepción y los procesos hedónicos. El autor considera que las ventajas de las neurociencias y la biología molecular no deben ser asumidas a un costo que signifique abandonar el basamento en la primera persona. Insiste en la necesidad de aceptar un pluralismo explicativo, dependiendo del nivel de exploración y análisis, pues a nivel atómico, bioquímico, anatómico y comportamental funcionan distintas racionalidades. Destaca que así como los factores genéticos y las alteraciones neuroquímicas juegan un papel muy importante en los trastornos psiquiátricos, los procesos vividos en primera persona como los traumas y otros eventos vitales también afectan el nivel biológico y funcional. Por otra parte, un extenso corpus documental demuestra suficientemente la importancia de los factores culturales en trastornos tales como la bulimia, la anorexia y el alcoholismo. El autor se pregunta cuál tipo de pluralismo explicativo requiere la psiquiatría y propone un pluralismo integrativo que intente incorporar distintos niveles de análisis divergentes, pues en la mayoría de los problemas un análisis simplificado apenas permite aproximaciones parciales e incompletas. La expresión genética es ampliamente modificada tanto por estímulos ambientales simples, como el ciclo vigilia-sueño, como por factores más complejos como el aprendizaje y la separación maternal súbita. Debido a que los factores causales tienen un impacto en la enfermedad psiquiátrica, tanto en los micro como en los macroniveles, dentro y fuera del individuo, e implican procesos mejor comprendidos desde las perspectivas biológicas, psicológicas y socioculturales, los esfuerzos explicativos de las ciencias particulares que trabajan en un nivel elemental del conocimiento, lucen fuera de lugar.²⁷ Se puede trabajar en cada uno de esos niveles sin llegar necesariamente a un reduccionismo. En todo caso, la reducción es un proceso muy frecuente en la ciencia, porque lo errado no es reducir sino asumir un patrón explicativo reduccionista.²⁸ Un modelo más realista debe trabajar en distintos niveles explicativos por la vía de la deconstrucción y re-estructuración de los mecanismos, de tal manera que simples subunidades pueden ser aisladas para luego examinarlas como partes de un todo más amplio. Un mecanismo de simple adición lineal de causalidad puede resultar mucho más interesante y complicado en la psiquiatría, donde las redes causales contienen múltiples vectores y relaciones no lineales de creciente complejidad. El campo de la psiquiatría puede estar necesitado de un pluralismo integrativo donde los científicos, sin abandonar el rigor conceptual, crucen las fronteras entre diferentes marcos etiológicos o niveles explicativos y empujen hacia paradigmas de un mayor nivel de complejidad.²⁹

El aporte de las neurociencias en los últimos 20 años es de inmenso valor, no sólo para la psiquiatría y la neurología, sino para una mayor comprensión del ser humano. Los aportes de Valera y Maturana a través de la neurofenomenología, por medio de la cual relacionan las experiencias vividas en primera persona con sus fundamentos neurobiológicos; el hallazgo de las neuronas espejo de Rizzolatti; la

teoría de la mente, los mecanismos de regulación del placer y del dolor; las investigaciones de Antonio Damasio sobre la consciencia esencial y la consciencia ampliada, los trabajos de Francis Crick y Christof Koch sobre los correlatos neurales de la consciencia y los *zombie modes*; las investigaciones de Jean Pierre Changeux sobre el cerebro en tanto que sistema auto-organizado y abierto y el papel de las representaciones globales previas y los memes culturales; la curiosa hipótesis del cerebro que como órgano incompleto requiere acoplarse con avidez con los símbolos que circulan en el ambiente cultural o exocerebro para lograr su funcionamiento; la función de los fenómenos estocásticos impredecibles por las matemáticas lineales *versus* aquellos otros altamente predecibles; el papel de la apoptosis y la autopoiesis; la importancia del caos como promotor de conductas saludables y la de algunos fenómenos entrópicos en las crisis vitales y la enfermedad mental; así como muchas otras reflexiones e investigaciones que se nos escapan de esta apretada enumeración, requieren de un lento y sesudo proceso de asimilación por la psiquiatría contemporánea, imposible de llevar a cabo desde la comodidad de los paradigmas simples.³⁰⁻³⁴ Pensamos que el Modelo Órgano-Dinámico de Henri Ey es el mejor nicho cognitivo para integrar y asimilar las neurociencias en el campo epistemológico de la psiquiatría.

Quizás como psiquiatras nos interesamos por demasiadas cosas. A lo mejor padecemos de voracidad epistemológica. Palem, a quien ya hemos citado, propone los siguientes campos de interés clínico: 1. El Sujeto y el Objeto; 2. El Yo y los demás; 3. La Conciencia y el Inconsciente; 4. Lo Simbólico (enraizado en el cuerpo) y el pensamiento Abstracto; 5. Lo Real y lo Imaginario; 6. La Expresión (del deseo) y la Creación (de la obra); 7. La Voluntad y el Automatismo. Por fuera de la clínica hay un campo de intereses tan vasto que sería imposible enumerar. Bastaría pasar revista a las temáticas trabajadas en el último Congreso Mundial de Psiquiatría, o más localmente, a los temas centrales de nuestros congresos nacionales, para constatar lo que ya sabemos: nada de lo humano nos es ajeno.

Ser psiquiatra es estar bajo sospecha. Una burlona sospecha social de contagiarnos con nuestros pacientes, que por lo antigua y sostenida algo de cierto debe tener. Sospecha epistemológica, por plantear interrogantes que van más allá de lo prescrito por las ciencias naturales que informan el grueso de la racionalidad médica formal. Admitimos que en el fondo misterioso del deseo habita una pulsión que tiende a lo imposible. Está escrita en clave hermética. Por lo tanto, sólo puede ser leída por un buen hermeneuta, es decir, un discípulo de Hermes, el dios alado de los antiguos griegos. Para atravesar esa oscuridad serán más útiles las palabras de dos poetas ciegos, como Homero y Borges, que los luminosos tratados lógicos de Bertrand Russell. Pero no nos hagamos ilusiones de arribar a la luz con esa exquisita compañía: un misterio sólo se revelará en nuevos misterios, y más que verdades definitivas nos habremos de conformar con algu-

nas conjeturas verosímiles. La psiquiatría de hoy acepta que la luz y la oscuridad, la razón y el desvarío, conviven anudados en una rica tensión creadora. Crece entonces la sospecha, que además se estimula, por aceptar las preguntas que se proponen desde las humanidades y los sueños, y asumir que desde la duermevela de la consciencia se puede extraer saber y producir material para generar saber; porque no desconocemos la existencia de un mundo sumergido, inexplicable por la lógica formal, al que accedieron los surrealistas a través de un *razonado desarreglo de los sentidos*; y en suma, por reconocer la dilatación del tiempo y la expansión sideral del espacio en la levedad de unas pocas palabras. Ya se ha dicho antes: la psiquiatría es ciencia heteróclita y heterológica. Se nutre de los logros de las ciencias del espíritu y de las ciencias de la naturaleza, y por eso es heterológica. Además, como los verbos irregulares, no se deja conjugar con arreglo a la norma común, y por eso es heteróclita. Sorprende con sus irregularidades. Bastantes razones para ser sospechosa. No dispone de una butaca cómoda, segura y solemne en el conjunto de las disciplinas médicas, pero ninguna postura mejor que la duda para abordar lo que no se sabe y hasta lo que se tiene por ya sabido.

REFERENCIAS

1. Amenós JB. Gramática griega. Barcelona: Editorial Bosch, SA; 2002.
2. Pabón de Urbina JM. Diccionario manual griego. Barcelona: Artes Gráficas Mármol SL; 2005.
3. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (DRAE). Madrid: Espasa Calpe; 2001.
4. Karavatos A, Ploumpidis DN, Christodoulou GN. The origins of psychiatry: Ancient greek contribution. En: Anthology of greek psychiatric Texts. Christodoulou GN, Ploumpidis DN, Karavatos A (eds.). Grecia: World Psychiatric Association; 2011; pp. XXIII-XXVIII.
5. Jaeger Werner. Paideia: los ideales de la cultura griega. México: Fondo de Cultura Económica; 2004.
6. Foucault M. La hermenéutica del sujeto. Madrid: Ediciones Akal, S.A; 2005.
7. Vidal G. Introducción. En: Psiquiatría. Vidal G, Alarcón R (directores). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S.A; 1986; pp. 23-60.
8. Garrabé J. Presentación. En: Antología de textos de la psiquiatría latinoamericana. Villaseñor Bayardo S, Rojas Malpica C, Garrabé de Lara J (eds.). Guadalajara, Jal, México: Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales AC; 2011; pp. 9-11.
9. Pinel F. Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía. Madrid: Imprenta Real; 1804.
10. Segura Pere. Psique. En: Diccionario de la existencia. Ortiz-Osés A, Lancesoro P (directores). Barcelona: Anthropos Editorial; 2006; pp. 481-485.
11. Lain Entralgo P. Cuerpo y alma. Madrid: Editorial Espasa Calpe, SA.; 1995.
12. Vallejo J. Introducción. En: Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Vallejo Ruiloba J (director). Barcelona: Salvat Editores, SA.; 1992; pp. 1-36.
13. Lolas F. Situación de la psiquiatría en tiempos de crisis. Rev Neuropsiquiatr 2009;72(1-4):40-46.
14. Comte A. Discurso sobre el espíritu positivo. Buenos Aires: Editorial Aguilar; 1975.
15. Berríos G, Hawser R. The early development of Kraepelin's ideas in classification: a conceptual history. Psychological Medicine 1998;18:813-821.
16. Stone I. Pasiones del espíritu. Buenos Aires: Emecé Editores SA.; 2001.
17. Saubidet R, Santillán D. Justificación de los traductores. En: Karl Jaspers (ed.). Psicopatología general. Buenos Aires: Editorial Beta; 1977.
18. Alonso-Fernández F. Fundamentos de la psiquiatría actual. Tomo I. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1972.
19. Otto D. Phenomenological approach to psychiatry. 15th World Congress of psychiatry. Buenos Aires, Argentina: World Psychiatric Association. Abstract Book; 2011.
20. Martínez M. La investigación cualitativa etnográfica en educación. Caracas: Editorial Texto; 1991.
21. Díaz JA. Wittgenstein y la filosofía terapéutica. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo; 2007.
22. Berríos GE, Gupta M, Matusevich D, Wikinski S. Does evidence-based medicine apply to psychiatry simpliciter? 15th World Congress of psychiatry. World Psychiatric Association. Buenos Aires, Argentina: Abstract Book; 2011.
23. Berríos G. Medicina basada en la evidencia. <http://www.psicoevidencias.es/Novidades/Editorial/editorial-sobre-la-medicina-basada-en-la-evidencia.html>. Consultado en línea el 24/9/2011.
24. Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). Jalisco: APAL. Sección de Diagnóstico y Clasificación; 2004.
25. Palem RM. The importance of the thought of Henri Ey (1900-1977). Salud Mental 2009;32(3):259-262.
26. Marková I, Berríos G. Epistemology of mental symptoms. Psychopathology 2009;42:343-349 (DOI: 10.1159/000236905).
27. Kendler K. Toward a philosophical structure for psychiatry. Am J Psychiatry 2005;162:433-440.
28. Baca-Baldomero E. Reducción y reduccionismo: una polémica en psiquiatría. Rev Neuropsiquiatr 2009;72:25-39.
29. Kendler K. Explanatory models for psychiatric illness. Am J Psychiatry 2008;165:695-702.
30. Koch Ch. La conciencia. Una aproximación neurobiológica. Barcelona: Editorial Ariel, S.A; 2005.
31. Changeux JP. El hombre de verdad. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 2005.
32. Bartra R. Antropología del cerebro: Determinismo y libre albedrío. Salud Mental 2011;34(1):1-9.
33. Díaz JL. Persona, mente y memoria. Salud Mental 2009;32(6):513-526.
34. Obiols JE, Berríos GE. The historical roots of theory of mind: the work of James Mark Baldwin. History Psychiatry 2009;20(3):377-392.

Artículo sin conflicto de intereses