

ENFERMEDADES MENTALES

El objetivismo biológico frente a una fenomenología de la salud mental



Fco Javier Ortega González

Co - tutoras: Cristina Barés Gómez

María de Paz Amerigo

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. ¿Qué entendemos por enfermedad mental?	4
2.1. El diagnóstico y el pronóstico	7
2.2. Crítica a la antipsiquiatría y defensa de la existencia de las enfermedades mentales	10
2.3. El DSM - 5 y los trastornos relacionados con el espectro de la esquizofrenia y los trastornos depresivos	24
- Descripción del DSM - 5	24
- Sintomatología y características de la esquizofrenia y la depresión	27
- Problemas que presenta el DSM - 5: el sobrediagnóstico	36
3. El panorama actual de la salud mental	39
3.1. La abducción en el diagnóstico y pronóstico	39
3.2. La psicología clínica frente a la psiquiatría	44
3.3. El enfoque biopsicosocial: hacia una fenomenología de la salud mental	48
4. Conclusión	55
Bibliografía	57

1. Introducción

La salud mental, tal como la entendemos hoy día, es un ámbito de investigación que posee una gran feracidad, ya que aún son muchos los datos que se desconocen sobre la naturaleza de los trastornos mentales o como estos pueden afectar a los individuos de maneras muy diversas, a pesar de que estos puedan compartir el mismo tipo de trastorno.

Como veremos más adelante, el monopolio de la salud mental ha pertenecido históricamente al panorama de la psiquiatría. A pesar de que ya poseía un largo recorrido anteriormente, no fue hasta la llegada de los estudios sobre la demencia precoz y la psicosis maníaco - depresiva realizados por Kraepelin a finales del s. XIX que surgió la psiquiatría moderna. Kraepelin tomó el modelo empírico - científico que existía en medicina y lo implementó en la psiquiatría, a fin de hacer de esta una ciencia capaz de obtener datos objetivos. La influencia del sistema de Kraepelin es tal que aún hoy día posee una gran relevancia en los aspectos nosológicos, diagnósticos y pronósticos de la salud mental, así como en los estudios sobre la genética contenida en los trastornos (Braceland, 1957).

Esto supuso la inauguración del campo clínico de la salud mental, que ha estado dominado por una corriente de carácter naturalista y biologicista, en donde la enfermedad mental ha sido estudiada mediante métodos puramente empíricos, es decir, los signos y síntomas presentados por el paciente, a fin de poder realizar diagnósticos mediante la obtención de datos objetivos.

Debido a este carácter positivista, no han sido pocas las voces que se han alzado en contra de la práctica psiquiátrica, la cual ha sido tildada como fraudulenta, poseedora de prácticas violentas e, incluso, un órgano de control sobre aquellos individuos que presentaban comportamientos fuera de lo socialmente establecido. Asimismo, estas voces apuntaron, con mayor o menor acierto, hacia una realidad inquietante: la cosificación del enfermo mental como mero objeto de estudio. Los aspectos fenomenológicos que atañen al paciente han tenido poca o nula relevancia en la tradición de la psiquiatría.

Debido a esto, podríamos llegar a pensar que el panorama clínico de la salud mental es contrario a las vivencias que poseen las personas que sufren trastornos, sin

embargo, en este proyecto me he propuesto mostrar cómo el panorama de la salud mental ha ido dotando de una relevancia cada vez mayor a la experiencia del paciente, así como a su entorno, sin abandonar los aspectos clínicos que hacen de las ramas que pertenecen a este campo de estudio ciencias objetivas, mostrando, a su vez, los diversos problemas que surgen en ambos aspectos. Y es que, de hecho, para poder aproximarnos al concepto de enfermedad mental no sólo debemos valernos de los aspectos científicos que esta presenta, sino también de cómo esta puede ser entendida social y culturalmente.

Es por ello que este trabajo está dividido en dos bloques principales. En el primero se analizarán los aspectos más clínicos de la salud mental, aunque se mencionarán algunos de carácter social y cultural. En estos se incluyen un acercamiento al concepto de enfermedad mental, las definiciones de diagnóstico y pronóstico, la defensa de la existencia de las enfermedades mentales y un análisis del manual de diagnóstico usado por psiquiatras y psicólogos.

En la segunda parte del proyecto se toman en cuenta las últimas investigaciones, avances y aportes que se han implementado, dotando de especial importancia a cómo estos pueden afectar o verse afectados por una fenomenología respecto al enfermo. Este apartado recoge el método abductivo en el diagnóstico y pronóstico, el auge de la psicología clínica y del uso de psicoterapias frente a la psiquiatría y la prescripción de psicofármacos y, por último, los aspectos fundamentales en los que se basa el enfoque biopsicosocial que posibilita la emergencia de la fenomenología respecto a la salud mental.

2. ¿Qué entendemos por enfermedad mental?

Definir lo que supone una enfermedad mental, también denominada trastorno o desorden, no es una tarea sencilla, puesto que este tipo de enfermedades aún se encuentran en constante investigación, y los descubrimientos que se realizan sobre las mismas provocan que sus respectivas descripciones puedan cambiar en un futuro. Sin embargo, sí podemos aproximarnos a una comprensión de lo que supone la enfermedad mental desde varios ámbitos.

En primer lugar, desde el punto de vista clínico, la enfermedad mental debe de poseer una serie de características que permita identificarla para su posterior diagnóstico. De esta manera, tenemos que:

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente” (APA 2013, p. 20).

En base a esto, una enfermedad mental o trastorno mental debe afectar al individuo de forma parcial o íntegra con respecto a diferentes capacidades y funciones cuyo desarrollo se fundamenta en el cerebro y la mente. Además, este tipo de enfermedades conllevan una respuesta anómala que trasciende las respuestas culturales normalizadas, como puede ser desarrollar un trastorno depresivo a raíz de una ruptura.

Sin embargo, desde el punto de vista histórico y cultural las enfermedades mentales han sido comprendidas bajo un enfoque muy diferente. Durante siglos, tal como refleja Foucault (1964), los enfermos mentales han sido relegados a la pobre categoría de locos, los cuales eran aislados de la sociedad a fin de que no perturbaran la tranquilidad de sus conciudadanos. Esta concepción de la enfermedad mental ha provocado que fuese vista como un tema tabú, lo que ha dificultado enormemente la investigación y comprensión de la misma.

Esto, a su vez, se ve agravado por el hecho de que, en multitud de ocasiones, debido a motivos culturales y religiosos, las enfermedades mentales se han visto ligadas a la posesión demoníaca y a pactos diabólicos (Goffman 1961, p. 344). De hecho, el cine ha visto en este tipo de casos un gran filón del que obtener beneficios, instalando en el imaginario colectivo la idea de que los enfermos mentales son individuos peligrosos, trastornados capaces de ejercer una violencia irreal.

Este es el caso de Anneliese Michel, cuyo caso trascendería a la gran pantalla en la obra *El exorcismo de Emily Rose* (2015). Tal como se ha documentado en los

últimos años, la joven desarrolló una epilepsia que la llevaría, presuntamente, al desarrollo de un trastorno depresivo y una esquizofrenia. En 1975 se le comenzó a practicar un exorcismo que duró un año y cuyas condiciones, que incluían la desnutrición y la deshidratación, la llevaron a la muerte (Villa, 2017).

Es debido a esto que, en algunos sectores de la población, los enfermos mentales aún se encuentran encerrados en psiquiátricos. Sin embargo, con el cierre de la mayoría de estos, los enfermos mentales son realmente pacientes que viven en libertad y se tratan de forma externa, sin necesidad de estar aislados de la sociedad. Asimismo, la mayoría de enfermos mentales no están diagnosticados o no tienen contacto con profesionales de la salud mental, ya que prefieren auto - tratarse o porque no consideran que tengan un problema (Cooper 2007, p. 3).

Por suerte, en los últimos años la situación con respecto a las enfermedades mentales ha ido cambiando paulatinamente. De esta forma, las instituciones se han implicado en dotar de visibilización a este tipo de problemas de salud, a fin de prevenir algunas de sus consecuencias, como el suicidio (Medina, 2019). En este proceso también es vital la participación de los pacientes con estos tipos de dolencias o de los *mass media* (Telemania, 2018). Esto ha ido provocando una naturalización de la enfermedad mental, con lo que se ha acuñado una nueva terminología en torno a ella. Así, aquellos individuos que presentan enfermedades mentales o que pueden tender hacia estas se consideran neurodivergentes¹, mientras que aquellos individuos que no presentan ninguna de las características típicas que se asocian a las enfermedades mentales son denominados neurotípicos.

Esta nueva nomenclatura está vinculada al hecho de que las últimas investigaciones respecto a las enfermedades mentales reflejan que los trastornos poseen un principio neurológico, es decir, el surgimiento de un trastorno está ligado con un mal funcionamiento del cerebro (Quiroga de Michelena, 2001).

Por ende, si se realiza un trasvase de las investigaciones clínicas sobre la enfermedad mental al panorama cultural y social, se obtiene una mayor comprensión de la misma que ayuda a dejar de lado los estigmas que se han ido desarrollando a lo

¹ El término neurodivergente fue concebido en la comunidad autista para referirse a personas cuya neurología es atípica. Se aplica más comúnmente a personas autistas, pero también se puede aplicar a quienes presentan otras anomalías, como, por ejemplo, el TDAH, la esquizofrenia y la bipolaridad (Neurodiversidad, 2021).

largo de la historia, lo que facilita, a su vez, la integración de aquellos individuos que son proclives a sufrir este tipo de enfermedades. Esto se verá con más detenimiento en el último apartado del escrito, que versará íntegramente sobre el papel de la bioética y del paciente en la enfermedad mental.

2.1. El diagnóstico y el pronóstico

Una vez realizada la aproximación al término de enfermedad mental cabe preguntarnos, ¿cómo es posible determinar el tipo y grado de trastorno que sufre un paciente, así como los tratamientos necesarios para su curación? Desde el punto de vista clínico, este papel lo cumplen el diagnóstico y el pronóstico, conceptos clave a la hora de realizar una aproximación a las enfermedades mentales.

Un proceso diagnóstico consiste en *“a sequence of operations with varied timing and orders than involve information - gathering and the formulation of clinical judgements”* (Chiffi 2021, p. 10). Mediante el diagnóstico, por tanto, se busca aislar las causas de la enfermedad, así como elaborar un pronóstico y posible tratamiento sobre esta.

De esta manera, el proceso del diagnóstico está enfocado en cuatro puntos principales. En primer lugar, la identificación o descarte de una enfermedad, suponiendo el diagnóstico no solo un sistema de evaluación, sino también una justificación basada en el conocimiento que se posee sobre la enfermedad, ya que un diagnóstico dependerá, en última instancia, del juicio clínico.

Para poder realizar un juicio clínico correcto, se debe partir no sólo del conocimiento de la sintomatología² y características propias de la enfermedad, sino que estas causas han de ser determinadas científicamente. Esto permite la elaboración de varias hipótesis, entre las que se debe elegir para llegar al juicio clínico. Sin embargo, todo conocimiento adquirido en base a las hipótesis se consigue sobre el velo de la incertidumbre. Esto puede provocar que se llegue a juicios clínicos erróneos.

² Es necesario realizar una diferenciación entre signo y síntoma. Así, el signo es *“una manifestación objetiva de una enfermedad o un síndrome, que resulta evidente para un observador diferente del sujeto que lo presenta. Puede ser espontáneo o provocado por una maniobra exploradora”* (RANME, 2012). Por otro lado, el síntoma es *“una manifestación de una enfermedad o de un síndrome que solo es percibida por el individuo que lo padece”* (RANME, 2012).

Asimismo, el diagnóstico permite la explicación de los hallazgos y las posibles causas al paciente. Debido a que el diagnóstico se basa en probabilidades o hipótesis, el comunicar la información al paciente conlleva ciertos riesgos y malentendidos. Es por ello que el profesional de la salud pertinente debe, en la medida de lo posible, mostrar una actitud narrativa que no sea excesivamente divergente con la poseída por el paciente.

Por último, el diagnóstico permite predecir el curso de la enfermedad, así como modificarlo. Puesto que un diagnóstico proporciona información teleológica sobre un problema de salud, es fundamental prestar atención a las alteraciones o pérdida que se puedan producir en las diversas funciones del organismo. Gracias a esto se puede obtener un conocimiento más íntegro de las causas de la enfermedad, lo que permite, a su vez, modificar su curso. El que la modificación sea efectiva depende de la correcta prescripción de un tratamiento que permita la mejoría de la función alterada o de las funciones relacionadas con esta (Chiffi 2021, p. 12).

El proceso de diagnóstico, debido al velo de la incertidumbre en el que se mueve, siempre conlleva una serie de riesgos. Así, debido a que el diagnóstico se realiza mediante un proceso no deductivo, está ligado de forma inherente a la aparición de falsos positivos y negativos, lo que deriva en un diagnóstico equívoco, a pesar de la racionalidad que este posea. A su vez, el diagnóstico puede ser pasado por alto en la práctica clínica.

Además, los diagnósticos son de carácter temporal, y se dividen en dos tipos. En primer lugar, los diagnósticos nosográficos, en los que se asigna al paciente una categoría en base a las patologías que presenta. En segundo lugar, los diagnósticos fisiopatológicos, en los que se hace uso de la historia del paciente para conocer las causas de la enfermedad y explicar su condición patológica (Chiffi 2021, p. 50).

Existe, a su vez, un proceso denominado diagnóstico diferencial, en que se evalúan varias hipótesis, descartando algunas de ellas. Mediante este, se puede reforzar la hipótesis original sobre la enfermedad o descartarla en pos de hipótesis secundarias.

Una vez establecido el diagnóstico, se puede proceder al establecimiento de un pronóstico. Un pronóstico es *“the end - result of a fundamental clinical assessment that focuses mainly on the future, which is why it is considered more difficult than*

establishing diagnoses or making treatment decisions” (Chiffi 2021, p. 52). El pronóstico es aún más incierto que el diagnóstico, puesto que las enfermedades pueden desarrollarse de formas impredecibles. Esta incertidumbre es conocida como “incertidumbre keynesiana”, ya que difícilmente se podrá asignar una medida de probabilidad a eventos futuros. De hecho, la información de pronóstico relevante puede no estar disponible al formular un pronóstico, dificultando la efectividad a la hora de predecir el curso de la enfermedad. A pesar de todo, el pronóstico está basado en el concepto de riesgo, pudiendo trabajar con él bajo los rangos de cierto o incierto, pero no bajo la incertidumbre fundamental.

Con el pronóstico se busca conocer el tiempo de duración que tendrá la enfermedad, así como las posibilidades de supervivencia y curación del paciente. Debido a que el pronóstico es realizado con un margen de incertidumbre, este será formulado en base a la probabilidad de que se cumpla el resultado previsto dentro de un tiempo determinado.

Asimismo, está influenciado por los marcadores de pronóstico, que no son modificables ni están influenciados por el curso de la enfermedad, y los factores pronósticos, que se pueden modificar conforme la enfermedad evoluciona. Estos incluyen el estadio y la gravedad de la condición patológica de la enfermedad, la resistencia del individuo a las enfermedades, el sexo y la edad del paciente y condiciones personales del paciente, como su modo de vida y comportamientos. Igualmente, el pronóstico cumple las categorías nosográficas y fisiopatológicas observadas en el diagnóstico.

Por último, el pronóstico se determina en base al tratamiento u opciones terapéuticas que posee la enfermedad, ya que se predice el curso de la enfermedad en base al tratamiento usado. Una vez aplicado el tratamiento, se procede a realizar una evaluación retrospectiva, o epicrisis, de todos los diagnósticos, pronósticos y tratamientos que hayan resultado erróneos.

En conclusión, los procedimientos de diagnóstico y pronóstico poseen una gran dificultad debido al riesgo que conllevan, tanto para el paciente como para el profesional de la salud. Es por ello que no se pueden considerar una ciencia exacta, sino que son métodos falibles cuyos numerosos factores a tener en cuenta pueden traer consigo consecuencias fatales. Debido a esto, es necesario invertir en

investigación, a fin de obtener un conocimiento más profundo de las diversas enfermedades existentes.

2.2. Crítica a la antipsiquiatría y defensa de la existencia de las enfermedades mentales

La antipsiquiatría es un movimiento que defiende que las enfermedades mentales no existen. En base a esto, ¿se pueden establecer diagnósticos o pronósticos de carácter clínico desde una base negativa sobre las enfermedades mentales? Esto no sería posible, ya que, desde la postura del movimiento, las enfermedades mentales suponen una respuesta por parte del individuo a problemas de carácter social o personal que poco o nada tienen que ver con una enfermedad real.

Este concepto fue acuñado por David Cooper para designar diferentes enfoques y doctrinas político-sociales en el área de la salud mental que tienen en común ser detractoras de la psiquiatría. Tuvo una gran presencia a partir de 1960, aunque hoy día aún perdura, erigiendo la mayor parte de la crítica actual en torno al uso de psicofármacos.

Sin embargo, ¿se puede decir realmente que las enfermedades mentales no existen? Si bien algunas de las críticas que se realizan a la psiquiatría puedan estar encauzadas hacia la defensa del enfermo mental como una víctima de su entorno, el hecho de negar la existencia de las enfermedades mentales puede traer graves consecuencias, como las remarcadas en el punto anterior, es decir, la estigmatización de aquellos individuos que adolecen de este tipo de enfermedades. Asimismo, de negar la existencia de las enfermedades mentales, los recursos necesarios para su investigación serían eliminados, haciendo imposible el desarrollo de tratamientos y terapias efectivas para su contención o eliminación.

En base a esto, en el presente apartado se analizarán algunos de los mayores argumentos que se han realizado desde el sector de la antipsiquiatría, a fin de realizar una contraargumentación sobre los mismos, en pos de defender la existencia de las enfermedades mentales.

En 1973, David Rosenhan concluyó que los psiquiatras no pueden realmente diferenciar entre los enfermos mentales y los individuos sanos. Esta conclusión la extrajo tras la realización del denominado *Experimento de Rosenhan*, el cual publicó en su obra *Estar sano en medio de un enfermo*. Este experimento consistía en que

ocho personas sanas engañasen a varios centros psiquiátricos, argumentando estas que oían una voz que decía “ruido sordo”. Estos individuos fueron admitidos como enfermos mentales y, de hecho, cada gesto que realizaban durante su tiempo de observación era designado como un indicativo de su enfermedad mental, siendo estos objeto de análisis psiquiátrico (Cooper 2007, p. 11).

Hoy día, los defensores de la psiquiatría alegan que el experimento es irrealizable. De hecho, en 2004, Lauren Slater trató de realizar el mismo experimento, sin embargo, no fue admitida en ningún centro, aunque en ocasiones fue diagnosticada con depresión nerviosa y esquizofrenia, prescribiéndole los psicofármacos correspondientes. A pesar de esto, muchos autores han fallado a la hora de confirmar los resultados de Slater, quien ha sido acusada de fraude.

En el caso del experimento realizado por Rosenhan y Slater, se trata el conocimiento como la capacidad de distinguir un elemento X de todas sus variables. Sin embargo, Alvin Goldman, a través del establecimiento de un problema de Gettier³, expone que no se pueden distinguir epistemológicamente un objeto X de otro parecido (Goldman, 1976). Ante esto, podemos concluir que el problema no radica en la capacidad de distinción que poseen los psiquiatras, sino en que estos, como cualquier otra persona, pueden ser engañados.

Otro de los principales argumentos que se han desarrollado en torno a la antipsiquiatría son los elaborados por Foucault (1964). Tal como hemos dicho antes, establece que el concepto de enfermo mental surge tras la obtención de los psiquiatras del monopolio de la locura. Expone que los locos eran parias sociales, los cuales no podían ejercer un empleo de forma normativa. En base a esto, la locura y la enfermedad mental no son conceptos equivalentes, es decir, que la locura no es una enfermedad mental a tratar por especialistas.

“Las definiciones de enfermedad y de demencia, y la clasificación de las demencias, fueron realizadas de modo tal de excluir de nuestra sociedad a ciertas personas. Si nuestra sociedad se calificara a sí misma de demente, se excluiría a sí misma. Pretende hacerlo por motivos de reforma interna. Nadie es más conservador que aquellas personas que afirman que el mundo moderno está afectado por la ansiedad

³ El problema de Gettier es un problema en gnoseología moderna que surge al presentar contraejemplos a la definición clásica de conocimiento como «creencia verdadera justificada» y que obligan a modificar la definición (Gettier 1963 pp. 121 - 123).

nerviosa o la esquizofrenia. De hecho, es un modo astuto de excluir a ciertas personas o ciertos patrones de comportamiento. De modo que no creo que se pueda, excepto como una metáfora o un juego, afirmar de manera válida que nuestra sociedad sea esquizofrénica o paranoide, a menos que uno otorgue a estas palabras un significado no psiquiátrico.” (Foucault, 1974, p. 32).

Esto provoca que el concepto de enfermo mental suponga un concepto de carácter contingente, cuya contingencia depende del momento histórico en el que se esté empleando. Sin embargo, no sólo el concepto de enfermo mental es contingente en Foucault, sino que el autor piensa que todos los conceptos poseen su propia historia, tal como muestra en *El orden de las cosas*. Así pues, los conceptos se deben a su contexto.

Quine, por su parte, establece que existen diferentes cosmovisiones en las que se encuadra la experiencia, poseyendo Foucault su propia cosmovisión respecto al concepto de enfermedad mental (Cooper 2007, p. 15). Así, mientras que Quine expresa que los conceptos se establecen dentro de diversos esquemas conceptuales, Foucault manifiesta que los conceptos refieren a diversas epistemologías. A su vez, Foucault no expone que sea un error denominar la locura como enfermedad mental, sino que pueden darse otras formas de interpretarla. En base a ello, defiende que, como pensadores, estamos encasillados en un modelo epistémico predefinido, y es por ello que la enfermedad mental sólo puede ser definida bajo el panorama médico.

En conclusión, Foucault se presenta como un autor del panorama antipsiquiátrico en la medida en que, epistemológicamente, la enfermedad mental puede ser comprendida y definida bajo un criterio diferente al existente.

Uno de los autores más importantes en el panorama de la antipsiquiatría es Thomas Szasz, a pesar de que el propio autor no se identificaba con esta corriente. Szasz (1961), argumenta que el término enfermedad mental, que usa bajo las categorías de *sick* y *disease* no puede existir puesto que toda enfermedad parte de un fenómeno físico. Así, el uso de este término es meramente metafórico (Szasz 1961, p. 93)

En base a esto, Szasz se nos muestra como un fisicista extremo, el cual habla de cerebro, dejando de lado cualquier concepto que pueda hacer referencia a la mente. Así pues, cualquier problema que se produzca en cuanto al comportamiento de un

sujeto se debe a un desorden cerebral, y no a una enfermedad mental. Es más, según el autor, los psiquiatras no aportan realmente soporte médico y, de hecho, pueden resultar agentes de control social (Szasz 1961, pp. 46 - 49). Sin embargo, el propio autor reconoce que mantiene esperanzas en que en el futuro la psiquiatría pueda suponer una ciencia.

Existen algunos puntos en los que se puede estar de acuerdo con el autor. En primer lugar, y como ya se ha mencionado anteriormente, las últimas investigaciones han demostrado que las enfermedades mentales poseen un fundamento biológico, como es el caso de la esquizofrenia, en la que se da una predisposición a sufrir la enfermedad en base a una serie de alelos de riesgo (APA 2013, p. 103). Por tanto, sí es cierto que la base de la enfermedad mental reside en un mal funcionamiento del cerebro, sin embargo, este se traduce en un malestar mental, además de algunas afecciones de carácter fisiológico, pero estas son secundarias.

A pesar de esto, tal como se observó en la definición clínica de enfermedad mental, no todos los comportamientos pueden ser tomados como enfermedades mentales. Este es el caso de los disidentes políticos. Sin embargo, se puede inferir que tipo de comportamientos están causados por una enfermedad mental mediante su adecuado estudio.

En 1960, Szasz expuso que los desórdenes físicos y mentales son radicalmente diferentes. Así, el desorden físico atiende a causas biológicas, produciéndose una anomalía en el cuerpo. Por su parte, el desorden mental se debe a violaciones en el panorama psicosocial, ético o legal (Cooper 2007, p. 19). Pero esto no es del todo cierto. Aunque no podemos olvidar que son estudios realizados en el último tercio del siglo pasado, los avances de la ciencia en este campo demuestran que las enfermedades mentales devienen, en muchos casos, de anomalías físicas. Este es el caso de la depresión, que, en ciertos aspectos, es causada por un nivel bajo en serotonina y dopamina en el cerebro.

En conclusión, aunque Szasz posee una parte de razón en sus afirmaciones y, de hecho, se le puede considerar un adelantado a su época, no tiene en cuenta que existen múltiples desórdenes que poseen causas tanto mentales como físicas, como puede ser el estrés social o el abuso de drogas. Asimismo, la nomenclatura utilizada por Szasz a la hora de definir los desórdenes mentales es, cuanto menos, inexacta,

pues, aunque el entorno social puede afectar en el hecho de que un individuo sufra una enfermedad mental, esta, en muchos casos, debe estar latente en los genes del individuo en cuestión.

En 1967, Laing, en *Las políticas de la experiencia*, manifiesta que *“La esquizofrenia es una etiqueta que algunas personas cuelgan a otras en las situaciones en que se da una disyunción interpersonal de una clase determinada”* (Laing 1967, p. 60) y que es, de hecho, mejor que la normalidad debido a que las personas normales se construyen una máscara frente a la realidad. Sin embargo, los esquizofrénicos no presentan esta alienación y, de hecho, las personas que sufren de esta enfermedad pueden alcanzar cotas de salud no normativas más altas. Así, los esquizofrénicos experimentan una vía mística de sanación que se ve atajada por la psiquiatría.

Laing aboga por la sustitución de los centros de salud mental por zonas de retiro donde los esquizofrénicos pudiesen llevar a cabo su viaje psicótico de forma segura, incluso en compañía de un guía espiritual.

Sin embargo, esta postura encierra dos consecuencias nefastas para aquellas personas que padecen enfermedades mentales. La primera de ellas ya se ha mencionado, y no es otra que reivindicar el tabú con respecto a las enfermedades mentales. Laing sostiene durante la obra que:

“En más de cien casos en los que hemos estudiado las circunstancias reales en torno al hecho social, cuando una persona es considerada esquizofrénica, observamos que, sin excepción alguna, la experiencia y la conducta denominadas esquizofrénicas no son más que una estrategia especial inventada por la persona para poder vivir en una situación insoportable” (Laing 1967, p. 101).

Esto conlleva a que la esquizofrenia tan sólo sea vista como una repercusión de los aparatos de represión del poder social, estando este poder social materializado tanto en las figuras de la familia como en los psiquiatras. Por ende, toda la sintomatología asociada a la esquizofrenia no sería más que un ardid por parte del enfermo, siendo innecesario el desarrollo de un tratamiento para paliar problemas tales como los delirios o las alucinaciones.

La segunda consecuencia sería la toma de las enfermedades mentales como algo bueno, lo cual no es así. Si bien no todas las alucinaciones que sufre un enfermo de esquizofrenia son peligrosas, algunas de ellas pueden producir, tomando la postura

de Laing, un “mal viaje”. Si un enfermo de esquizofrenia escuchase voces que le indicasen que se suicide, ¿podríamos definir esto como algo bueno? Lo mismo ocurre en otras enfermedades mentales, como son la depresión y la ansiedad. La falta de aire asociada a la ansiedad o los pensamientos suicidas que derivan de una depresión no pueden ser tomados como un aspecto positivo. Es por ello que los argumentos de Laing a este respecto resultan, incluso, alarmantes, pues tergiversan de forma íntegra la experiencia real de un enfermo mental.

Sin embargo, no por ello toda la obra de Laing es objeto de crítica, pues sitúa la mira en un aspecto que, tal como veremos más adelante, es fundamental en vistas a un nuevo enfoque sobre la enfermedad mental: el aspecto fenomenológico de esta.

“Los psiquiatras han prestado muy poca atención a la experiencia del paciente. Incluso en el psicoanálisis hay una gran tendencia a suponer que las experiencias del esquizofrénico son, en cierto modo, irreales y nulas; uno puede comprenderlas sólo interpretándolas; sin unas exactas interpretaciones, el paciente se encuentra atrapado en un mundo de engaños y de auto-decepciones” (Laing 1967, p. 96).

Y es más: *“Si podemos empezar a entender la cordura y la demencia en términos socio - existenciales, seremos más capaces de ver claramente el alcance con el que llegamos a comparar problemas comunes y a compartir los mismos dilemas”* (Laing 1967, p. 116). Sin embargo, que gracias a su enfoque óntico le dé importancia a la experiencia del paciente no niega el hecho de que las experiencias que describe están, en cierto modo, idealizadas, por lo que no contienen el cómputo real de lo que supone la experiencia de la enfermedad mental para el propio enfermo.

Quizás una de las posturas más difíciles de contrarrestar sea la que sostiene David Cooper en su obra *Psiquiatría y antipsiquiatría*. En esta, el autor expone la existencia de la violencia dentro de la psiquiatría, pero no se centra en la violencia que se da a simple vista, sino en la violencia sutil. Expone que *“Empleamos el término "violencia" en el sentido de acción corrosiva de la libertad de una persona sobre la libertad de otra. No se trata de agresividad física directa, aunque ese puede ser el resultado”* (Cooper 1967, p. 31). En base a esto, defiende que los grupos se forman debido a amenazas externas. Si estas desaparecen, se recurre al miedo para asegurar la pervivencia del grupo, suponiendo este miedo el terror provocado por la libertad común.

Manifiesta que *“A esa dudosa enfermedad llamada esquizofrenia están destinadas la mayor parte de las camas de los hospitales psiquiátricos del Reino Unido, país en el que las camas de tales hospitales representan aproximadamente la mitad del total de camas de todos los hospitales”* (Cooper 1967, p. 32). Con esto, pone en relieve que es un mito el contemplar la esquizofrenia como una enfermedad, y que parte de ese mito deviene del hecho de que se usen hospitales para su tratamiento. Esto, a su vez, incrementa la violencia que sufren los esquizofrénicos.

Asimismo, defiende que la familia del esquizofrénico se mueve entre extremos, ya que al enfermo se le inculca el miedo y la total falta de autonomía, pues esta autonomía puede poner en riesgo la salud mental de los diversos miembros de la unidad familiar. Esto provoca una situación insostenible, en donde el enfermo debe decidir entre la sumisión o la desviación, lo que conlleva la disolución del grupo y la culpa del enfermo. Esto trae consigo el abandono de la familia y el ingreso en un hospital psiquiátrico, lugar en el que revive las mismas pautas de conductas que las vividas en el núcleo familiar. La violencia, de esta forma, deviene del fracaso de la madre en su función de *“producir un campo de posibilidades en el cual el niño pueda convertirse en una persona distinta de ella misma”* (Cooper 1967, p. 34). El individuo, debido a esto, no desarrolla una autonomía personal.

Es por ello que la familia inventa una enfermedad para preservar su modo de vida inauténtico. Asimismo, para clasificar las enfermedades se ha inventado la psiquiatría. Es más, Cooper declara que el paciente psiquiátrico es obligado a asumir la posición de enfermo mediante la distorsión de sus actos y comportamientos, por lo que los hospitales psiquiátricos estarían perpetuando la violencia familiar, aunque el autor trataría de desmarcarse de una posición puramente antipsiquiátrica alegando que esta violencia sólo es ejercida por los hospitales más retrógrados.

Expone que la locura se encuentra en las relaciones interpersonales, en el cómo estas se efectúan, y que son dependientes del sistema de relaciones. Así, manifiesta que:

“No hay esquizofrénicos individuales. La abstracción corriente del "enfermo" del sistema de relaciones en el que está aferrado distorsiona inmediatamente el problema y abre el camino a la invención de pseudoproblemas que a continuación son clasificados y analizados causalmente con toda seriedad, mientras que todos los

problemas auténticos han hecho mutis sigilosamente por la puerta del hospital, junto con los parientes que se alejan” (Cooper 1967, p. 42).

Por tanto, estamos ante una relación de poder en donde la familia atribuye el estado de enfermo a uno de sus miembros. Esta misma relación de poder es analizada por Esterson y Laing en 1970, quienes expusieron que la esquizofrenia suponía una forma de adjudicar un chivo expiatorio a la familia por parte del enfermo. A su vez, defendían que en las enfermedades mentales se daban relaciones de poder. Así, el que ostenta el poder posee la capacidad comunicativa y la autoridad de conocimiento, mientras que aquel que no lo posee ve mermadas estas capacidades (Cooper 2007, pp. 20 - 21).

De esta forma, la violencia real en psiquiatría viene dada por el pacto realizado entre la familia y los agentes de la sociedad. Asimismo, igual que hiciera Foucault, realiza un ejercicio de carácter historicista en el que analiza la figura del niño como entidad singular. Expone que se pasa de la indiferencia en la Edad Media a la excesiva preocupación por el niño en la Modernidad. Igualmente, observa que se produce una tendencia cada vez mayor a la adhesión familiar debido a un debilitamiento de los lazos familiares (Cooper 1967, p. 43).

A la hora de contraargumentar la postura de Cooper nos encontramos ante la dificultad de que es imposible negar la violencia y el control que han ejercido tanto las familias como los denominados manicomios en aquellos individuos cuyo comportamiento no estaba socialmente aceptado. Un ejemplo de esto es la lista de causas por las que una mujer podía ser encerrada en un manicomio a principios del s. XIX, que incluye hechos tales como leer novelas, excitación mental o la masturbación.

De hecho, no es necesario echar la vista varios siglos atrás para encontrar modelos de violencia en el panorama psiquiátrico. Incluso hoy día, a pesar de los avances, aquellos individuos que presentan características propias de un enfermo mental o un comportamiento anómalo para con los estándares culturales y sociales pueden ser aislados o sufrir los modelos de violencia descritos por Cooper.

En 2019 ingresó una mujer con un episodio maníaco - depresivo. Debido a que no era la primera ocasión en que la afectada sufría un episodio de estas características, decidió acudir al hospital de forma voluntaria, a fin de no sufrir episodios autolíticos,

como había sucedido en otra ocasión. Sin embargo, una vez ingresada en la unidad psiquiátrica, la afectada describe que su sensación de miedo y angustia fue reducida al ridículo, lo que le terminó generando un sentimiento de animadversión hacia la posibilidad de acudir de nuevo al hospital en caso de otro episodio⁴.

A su vez, es innegable que las relaciones de poder entre individuos existen, y la familia es uno de los focos donde estas relaciones de poder se hacen efectivas. Es por ello que lo descrito por Cooper no puede ser tildado como falso. Aún hoy día, cientos de padres se sienten dueños de su prole y no los ven como individuos autónomos que deben desarrollar su propia independencia. Sin embargo, este tipo de actos están siendo tipificados como abusos y malos tratos, por lo que esta tendencia está decreciendo paulatinamente. A pesar de ello, la situación socio - económica global provoca que, aún habiendo desarrollado un individuo su autonomía en el plano mental, siga dependiendo de su familia en, por ejemplo, materia económica, lo que puede llegar a provocar una situación de control parecida a la descrita por el autor en su obra.

A pesar de todo ello, cada vez son más las personas que recomiendan el uso de terapias psicológicas o de tratamiento psiquiátricos. En España, según las estadísticas realizadas en 2019, se ha observado que en 2017:

“El 5,4% de la población de 0 y más años refirió que había consultado a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses. La proporción fue algo mayor en mujeres (6,1%) que en hombres (4,6%), en todos los grupos de edad excepto en la población infantil (0-14 años), que fue a la inversa, mayor en niños que en niñas” (MSCyBS⁵ 2019, p. 34).

Asimismo, en 2017 se observó un aumento de la población de quince a más años que realizaban consultas al psicólogo y al psiquiatra. Mientras que en 2014 el total de la población suponía el 4,61%, en 2017 el total era del 5,34%, suponiendo esto un aumento del 0,73% sobre la población total (MSCyBS 2019, p. 36).

Esto viene a significar que, a pesar de que aún hay casos de mala praxis por parte del sector psiquiátrico, la población cada vez confía más en el sector y dota de importancia el cuidado de la salud mental. Este aumento se ha visto potencialmente

⁴ El presente caso es real. En base a unos requisitos éticos, la afectada ha dado su consentimiento explícito para la publicación de su caso, a la vez que garantiza que sus datos personales se mantendrán en el anonimato.

⁵ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España.

incrementado tras la pandemia de Covid - 19, que ha puesto en relieve la importancia que posee el mantener una buena salud mental. Así lo recoge la Asociación Americana de Psicología, que sostiene que:

“While the majority of psychologists reported no changes in number of patients within particular racial/ethnic groups, some reported increases: 9% of psychologists reported seeing more Asian patients, 11% reported seeing more African American/Black patients, 8% reported seeing more Hispanic patients, and 19% reported seeing more White patients. By age group, 29% of psychologists reported seeing more adult patients (ages 18-64), 21% reported seeing more adolescent patients (ages 13-17), 17% reported seeing more older adult patients (ages 65-79), while 30% of psychologists reported seeing fewer children under 13” (APA 2020, p. 2).

Por ende, la violencia descrita por Cooper tan sólo puede ser entendida en el contexto de los hospitales psiquiátricos, pues no podemos olvidar que hoy día los pacientes son tratados de forma externa sin ingresar en centros que controlen su situación, por lo menos en la mayoría de los casos. A pesar de ello, no podemos aseverar que la toma de terapias y tratamientos sea un ejercicio plenamente voluntario por parte del enfermo mental, así como que no haya un mecanismo de presión ejercido por la familia del enfermo.

Esto mismo podríamos decir de los argumentos presentados por Goffman (1961). Sin embargo, pasaré a analizarlos a fin de remarcar cómo la situación ha cambiado con respecto al siglo pasado.

En la última parte de la obra, la que atañe a la hospitalización psiquiátrica, el autor trata de realizar un trasvase del modelo de servicio médico al panorama psiquiátrico. Para ello, realiza un análisis del funcionamiento del servicio médico, remarcando las dificultades existentes a la hora de traspasar este modelo a uno de servicio psiquiátrico.

Expone que *“una ocupación de servicio personal podría definirse, en el caso ideal, como aquella en que se presta regularmente un servicio personal especializado a una serie de individuos, con cada uno de los cuales debe entablar para ese fin una comunicación personal directa, pero sin tener con ellos ninguna otra clase de vinculación”* (Goffman 1961, p. 320). Asimismo, mantiene que el tipo de asociación

que tendrá en cuenta para la elaboración de la obra es *“aquella en que algunas personas (clientes) se ponen en mano de otras (servidores)”* (Goffman 1961, p. 322).

Así pues, el tipo de servicio que analiza el autor en la obra es el servicio de reparación, mediante el cual el servidor realiza un ejercicio de reparación sobre un objeto, que se define como un *“sistema físico que requiere la asistencia de un experto”* (Goffman 1961, p. 325). A pesar de esto, Goffman reconoce que no todos los sistemas físicos poseen una fácil reparación, pues existen ciertos agentes extraños que, alojados en sistemas físicos, pueden propagarse de forma incesante y causar un mal mayor. Con esto, sin duda, está refiriendo a los estragos que una enfermedad mental puede provocar en un individuo. Según el autor, las fases de la reparación consisten en la observación, el diagnóstico, la prescripción, el tratamiento y dejar el objeto *“como nuevo”*.

Manifiesta que existen una serie de dificultades a la hora de tratar el cuerpo mediante la reparación médica. En primer lugar, *“La primera dificultad consiste en que el cuerpo, como dicen los psicoanalistas, es objeto de una intensa catexia en nuestra sociedad; las personas dan gran valor a su apariencia y funcionamiento, y tienden a identificarse con él”* (Goffman 1961, p. 336). Asimismo, el cuerpo no puede dejarse al cuidado del servidor mientras el cliente se ocupa de otros asuntos.

Por otro lado, existe una dificultad con respecto al uso de tratamientos paliativos, así como la imposibilidad de curar ciertas alteraciones, puesto que, como Goffman declara, *“En el organismo hay piezas irremplazables, y existen alteraciones físicas que no tienen compostura”* (Goffman 1961, p. 337). Incluso hoy día, con los avances en la medicina quirúrgica y los trasplantes, hay ocasiones en las que un cuerpo puede rechazar el órgano trasplantado, dificultando, sino imposibilitando, la recuperación del paciente.

Igualmente, al igual que declaran Cooper y Laing, hay ocasiones en que el agente nocivo es el propio ambiente, refiriendo con ello a la situación social y familiar que vive el cliente. Así, el paciente es objeto, pero no cliente, pasando el estatus de cliente a los tutores legales (Goffman 1961, p. 339). A su vez, observa que hay una tendencia cada vez mayor por parte de los pacientes a buscar consejos de su médico en asuntos ajenos a los de la medicina, así como la prevalencia de una clientela mal

organizada debido a una burocracia mal dirigida, cuyas deficiencias pueden llevar a la imposibilidad de elegir médico por parte del paciente.

Por último, expone que hay ocasiones en que los hospitales pueden dañar al cliente debido al aislamiento que estos sienten (Goffman 1961, pp. 341 - 342). Este es un caso que puede ser bien cierto en el panorama de los hospitales médicos tradicionales, cuyos tratamientos pueden requerir el ingreso de forma prolongada del paciente. Sin embargo, como ya se ha indicado varias veces, en el caso de las enfermedades mentales los pacientes no sufren este tipo de aislamiento al ser pacientes externos.

A pesar de todas estas dificultades, Goffman remarca que también existen ciertos factores positivos, como son la capacidad de tener acceso a un buen equipo médico que facilite la mejoría y curación del paciente, así como la posibilidad de reposar durante la enfermedad, que es una de las indicaciones más comunes y necesarias a la hora de superar ciertas dolencias y enfermedades.

En base a esto, ¿cómo se podría aplicar el sistema de servicios a los hospitales psiquiátricos? En este punto surgen diversos problemas.

En primer lugar, nos encontramos con que el sistema de servicio no es aplicable cuando no se cumplen los roles de servidor - cliente, pues en el caso de los hospitales psiquiátricos, tal como hemos analizado anteriormente, se aplican roles de mandatario - mandado (Goffman 1961, p. 347). Sin embargo, en el campo de los hospitales médicos también se cumple el rol de mandatario - mandado, pues, por ejemplo, a la hora de recibir un trasplante, si el paciente consume habitualmente sustancias como alcohol o tabaco está en la obligación de dejarlas, a riesgo de no recibir el trasplante en caso contrario. Igualmente, en la actualidad, incluso en los casos psiquiátricos más extremos, la mayoría de los pacientes no están en la obligación de consumir los psicofármacos prescritos, quedando esta acción bajo la responsabilidad del propio paciente.

En segundo lugar, Goffman expone que en los hospitales psiquiátricos se produce un trasvase del paciente entre varios profesionales médicos debido a los horarios y la mala burocracia, así como que los pacientes de los hospitales psiquiátricos ingresan de manera no voluntaria en la mayoría de los casos. Pero, a diferencia de lo que declara el autor, en los últimos tiempos la psicología y la

psiquiatría ha tenido un auge, gracias, en parte, al cierre de los hospitales psiquiátricos, lo que ha facilitado la apertura de clínicas privadas en las que los pacientes son atendidos de forma individual o colectiva, según sus deseos y necesidades.

Uno de los problemas que expone, y que sigue suponiendo una dificultad hoy día, es el hecho de que, mientras que el paciente puede negar la realidad de su enfermedad, los enfermeros lo aíslan y estigmatizan, haciendo ver que la enfermedad es algo vergonzoso. Si bien la estigmatización de la enfermedad mental por parte de los profesionales de la salud mental es algo que actualmente ya no está tan extendido, la negación por parte del enfermo de su posición de enfermo mental sigue siendo uno de los principales problemas a la hora de trabajar los posibles trastornos que este pueda padecer. Y es que, a diferencia de las enfermedades de carácter puramente físico, las enfermedades mentales no siempre tienen una repercusión en la fisiología del enfermo, lo que, unido al tabú aún dominante en este ámbito, provoca que el enfermo niegue su condición.

Por otro lado, expone que cualquier profesional de la psiquiatría puede ejercer una relación con el paciente a fin de proveer experiencias terapéuticas aleccionadoras. Asimismo, Goffman manifiesta que existe una laguna en cuanto a la eficiencia psiquiátrica, pues se da una falta de especificidad funcional. Además, el psiquiatra tiene la obligación de dotar de importancia a cada una de las actitudes y comportamientos del paciente (Goffman 1961, p. 354).

En cuanto a los dos primeros puntos, el ya mencionado auge del panorama de la salud mental ha provocado que surja una oferta de estudio relacionada a este ámbito de mayor calidad y con múltiples opciones. Esto provoca que los profesionales estén cada vez mejor preparados, solventando el problema de la especificidad de la que habla el autor. Con respecto al tercer punto, la investigación sobre las enfermedades mentales ha permitido desarrollar una serie de directrices sobre la sintomatología y las características de cada enfermedad, como veremos más adelante, lo que permite que no todos los comportamientos del enfermo sean tomados en cuenta, sino tan sólo aquellos que entran dentro de los parámetros de la sintomatología asociada a su trastorno.

A su vez, el autor manifiesta que el psiquiatra posee el poder de modificar la rutina del paciente en base a una prescripción propia. Esto, en ocasiones puede provocar problemas, como veremos en los puntos de sobrediagnóstico y el abuso de psicofármacos, ya que, debido a su formación, el psiquiatra supone una figura de autoridad ante la que el paciente, por normal general, seguirá las instrucciones que este le provea. Esto puede incluir cambios en su medicación que, de deberse a un error por parte del psiquiatra, puede conllevar diversos efectos negativos sobre el enfermo. Sin embargo, este tipo de efectos se deben a la mala praxis de algunos individuos del sector, y no por ello se puede demonizar a todo el sector psiquiátrico. Normalmente, es necesario que estos controlen y puedan modificar la rutina de los enfermos que, debido a su enfermedad, pueden tener comportamientos que sean nocivos para su recuperación.

Además, el control sobre la rutina no es sólo controlado en el sector psiquiátrico, sino que esto también ocurre en el sector médico. En múltiples ocasiones, los doctores y enfermeros llevan un riguroso control de la dieta que le es suministrada al enfermo, así como de los medicamentos, poseyendo la autoridad para cambiar estos de ser necesario.

Por último, el autor defiende que en el sector psiquiátrico no se aplica una neutralidad ética, sino que se piensa que las patologías son malos comportamientos (Goffman 1961, p. 358). Pero esto ha cambiado notablemente. Hoy día las patologías se siguen asociando a ciertos modelos de comportamiento, pero no suponen un símil intercambiable, sino que las conductas del individuo se tienen en cuenta a la hora de desarrollar un diagnóstico del tipo de enfermedad mental que está sufriendo el paciente. Es más común observar este tipo de juicios por parte de la sociedad que en los sectores encargados del cuidado de la salud mental⁶.

En conclusión, muchos de los problemas planteados en la obra han quedado solapados con el paso de las décadas. De hecho, tomando la nomenclatura del servicio utilizada por Goffman, los psiquiatras y psicólogos realizan un papel de servidor efectivo, tal como se muestra en los datos aportados sobre el aumento de pacientes en los sectores de la salud mental, pues, de no ser así, tal sector no estaría a la alza ni se

⁶ De este análisis, he decidido eliminar aquellos problemas que Goffman plantea en torno al internamiento en hospitales psiquiátricos y su equipamiento, debido a que los argumentos en contra de este tipo de problemas ya han sido redactados anteriormente.

estaría consiguiendo una mayor visibilización y naturalización de las enfermedades mentales en el plano socio - cultural. De hecho, en cierto sentido, Goffman sostiene una postura idealizada con respecto al modelo de servicio médico, queriéndolo separar radicalmente del modelo de servicio psiquiátrico, a pesar de que, tal como se ha observado, poseen ciertas similitudes.

2.3. El DSM - 5 y los trastornos relacionados con el espectro de la esquizofrenia y los trastornos depresivos

Continuamos con la pregunta acerca de la naturaleza de las enfermedades mentales, esta vez desde un punto de vista clínico, a fin de aportar una visión objetiva sobre las mismas.

En el siguiente apartado pasaremos a analizar los trastornos nombrados en el título del mismo. Se han seleccionado estos trastornos debido a que la esquizofrenia ha sido, como se ha comprobado en los apartados anteriores, una de las enfermedades mentales que están más insertas dentro del imaginario colectivo, así como una de las más comentadas e investigadas dentro del panorama de la salud mental. Por su parte, los trastornos depresivos son de los más comunes y extendidos dentro de la población mundial, estando su porcentaje situado en torno al 8 - 15% de la población, es decir, se estima que 350 millones de personas en todo el mundo sufren algún trastorno relacionado con la depresión (Galán, 2015).

Para ello, partiremos del DSM - 5, la última edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales elaborado por la APA, que describiré con más detalle a continuación.

Descripción del DSM - 5

El DSM - 5 supone “*una clasificación de trastornos mentales con criterios asociados*” (APA 2013, XLV). cuyo uso más extendido es el diagnóstico de las múltiples enfermedades mentales que son conocidas. Para la elaboración de la nueva edición han participado trece equipos diferentes, los cuales han investigado durante doce años diversos campos de la salud mental a fin de crear un manual más objetivo y eficiente en su tarea que las ediciones anteriores. A su vez, el DSM - 5, debido a su nomenclatura oficial y su lenguaje accesible, puede ser usado en los diferentes campos del panorama de la salud mental, así como en el campo de la investigación.

A pesar de pertenecer a la APA, el uso de este es de carácter internacional, y sus criterios están coordinados con el CIE⁷ redactado por la OMS, haciendo uso de los mismos conceptos y códigos que se encuentran en este. Una de las principales características que presenta esta coordinación es la reorganización de los trastornos con respecto a otras ediciones del manual, mediante la cual se busca motivar nuevas perspectivas clínicas, muchas de ellas incluidas en el CIE - 11. Esto, a su vez, buscaba paliar las disidencias que existían entre el DSM - IV y el CIE - 10 (APA 2013, p. 11).

El manual se encuentra estructurado en tres secciones que engloban diversos aspectos. En la Sección - I se hallan una serie de cuestiones básicas sobre el uso del manual. Por su parte, la Sección - II contiene los criterios de diagnóstico de los diversos espectros de las enfermedades mentales que son conocidas en la actualidad. En cuanto a la Sección - III, esta supone una nueva adición al DSM, y en ella se incluyen los trastornos que necesitan de una mayor investigación, así como diversas medidas de evaluación de los trastornos o modelos divergentes al DSM -5. Por último, incluye un apéndice que contiene un glosario de términos y conceptos relacionados con los trastornos, así como una guía de adecuación con respecto a las ediciones pasadas de CIE.

El DSM - 5 no ofrece una definición propiamente dicha de los diversos trastornos que contiene, sino que expone las características y sintomatología asociada a cada trastorno, a fin de facilitar el diagnóstico clínico. Esto se debe a que las enfermedades mentales poseen una serie de procedimientos, tales como cognitivos o comportamentales, que dificultan la tarea de ofrecer una definición concisa.

Es por ello que es sumamente necesario a la hora de elaborar un diagnóstico contar con la historia clínica del paciente, así como del juicio clínico y el seguimiento constante por parte del profesional de la salud mental que se esté ocupando del caso. Entre las diversas categorías incluidas en el manual para apoyar la tarea del diagnóstico se encuentran algunas como los aspectos culturales, de género, los factores de riesgo, las consecuencias funcionales o el riesgo de suicidio que presenta la enfermedad. Igualmente, el manual no incluye los diversos modelos de tratamiento o terapia existentes en el panorama de la salud mental.

⁷ Clasificación Internacional de Enfermedades.

Con respecto a ediciones pasadas, el DSM - 5 incluye varios cambios y mejoras notables. Así, podemos encontrar la consolidación del trastorno autista, el trastorno de Asperger y del trastorno generalizado del desarrollo generalizado, los cuales pertenecen a los trastornos del espectro autista. Este cambio ha sido motivado a fin de mejorar la especificidad y la sensibilidad con respecto a los criterios diagnósticos de estos trastornos (APA 2013, XLVI).

Otro de los cambios más notables ha sido la sustitución de la terminología usada en el DSM - IV sobre los trastornos del neurodesarrollo, ya que este manual hacía uso del término “retraso mental” (APA 2013, p. 809). En base a esto, podemos observar como los sistemas de violencia o las etiquetas descritas por algunos autores de la antipsiquiatría van cambiando, en base a las nuevas sensibilidades que surgen en la sociedad. Asimismo, añade nuevos tipos de trastorno, como ocurre en los trastornos depresivos, en concreto el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el cual estaba incluido dentro de los trastornos bipolares, o la inclusión del trastorno disfórico premenstrual (APA 2013, pp. 810 - 811). Estos son sólo algunos de los cambios que podemos encontrar dentro de la nueva edición del manual.

Uno de los nuevos aspectos más interesantes que plantea el manual es la inclusión de las últimas investigaciones relacionadas con la genética y la neuroimagen. Con esto se busca lograr una mejoría en las nuevas investigaciones respecto a los circuitos neuronales, la vulnerabilidad genética y la exposición ambiental (APA 2013, XLVI). A su vez, el manual ofrece información suplementaria *online*, así como acceso a las diversas entrevistas realizadas por la APA⁸.

En última instancia, es necesario aclarar que el DSM - 5 puede resultar de ayuda en materia legal, en lo que concierne a la defensa y acusación de los abogados o a la resolución de los jueces. Sin embargo, este uso presenta ciertos riesgos y limitaciones, que están relacionados con los desajustes existentes entre el campo legal y de la salud mental. De esta forma, una persona que pueda estar diagnosticada clínicamente con cierto tipo de trastorno no tiene porqué cumplir los requisitos legales para que el trastorno sea tenido en cuenta. Es por ello que la APA no recomienda el

⁸ Esta información se puede encontrar en los siguientes enlaces web: para la consulta de la información suplementaria, véase www.psychiatry.org/dsm5/; para la consulta de las entrevistas, véase www.medicapanamericana.com/dsm5/.

uso del manual para fines ajenos a la investigación o el uso clínico (APA 2013, p. 25).

Sintomatología y características de la esquizofrenia y la depresión

Comencemos por los trastornos relacionados con el espectro de la esquizofrenia. Estos se caracterizan por presentar “*anomalías en uno o más de los siguiente cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonia) y síntomas negativos*” (APA 2013, p. 87).

Así, los delirios son creencias fijas que, a pesar de presentarse pruebas que pongan en duda su veracidad, el paciente seguirá tomando como ciertas. Estos se dividen en varios subtipos, los cuales son: delirios persecutorios, delirios referenciales, delirios de grandeza, delirios erotomaníacos, delirios nihilistas y delirios somáticos.

Los delirios se pueden considerar extravagantes si resultan inverosímiles, incomprensibles o su pertenencia no procede de experiencias del día a día. Asimismo, si alguien expresa que no posee el control sobre su propia mente se puede considerar que padece de delirios tales como robo del pensamiento, inserción de pensamiento o delirios de control.

En cuanto a las alucinaciones, suponen percepciones sin la existencia real de un estímulo externo. Las más comunes suelen ser las alucinaciones auditivas, es decir, escuchar voces ajenas a las del propio pensamiento. Estas se clasifican en hipnagógicas, si se sufren antes de quedarse dormido, o hipnopómpicas, si se sufren al despertar.

Con respecto al pensamiento (discurso) desorganizado, este se infiere a través de la comunicación del individuo si cambia de tema constantemente o si no se observa una relación coherente entre las respuestas que otorga a las posibles preguntas que se le puedan efectuar. Asimismo, puede asemejarse a una afasia sensorial de la desorganización lingüística⁹. Para que se considere que se padece de este síntoma, se debe presentar con una gravedad tal que dificulte sustancialmente la comunicación.

⁹ Pérdida de la capacidad de comprender las palabras.

Por otro lado, el comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) supone una dificultad para realizar actividades cotidianas, así como un comportamiento infantil. La catatonía, por su parte, disminuye la capacidad de reaccionar al entorno por parte del enfermo. Esta puede incluir resistencia a llevar a cabo instrucciones, postura rígida o inadecuada, mutismo o estupor, actividad física sin finalidad y movimientos estereotipados, como muecas o ecolalia. La catatonía no sólo se presenta en la esquizofrenia, sino que puede aparecer en multitud de enfermedades mentales y patologías médicas.

Por último, los síntomas negativos son la disminución en la capacidad de expresar emociones, la abulia o disminución consciente de las actividades, la alogia o disminución del habla, la anhedonia o disminución del placer y la asociabilidad.

Pasemos ahora al análisis de los trastornos en sí. Comenzaré con la esquizofrenia por ser esta la más conocida dentro de este grupo de trastornos. Esta supone un síndrome clínico heterogéneo, ya que posee una gran cantidad de factores para su diagnóstico, los cuales están asociados con el deterioro del funcionamiento laboral o social (APA 2013, p. 100).

Debe haber una presencia notable de algunas de las características desarrolladas anteriormente, las cuales deben durar al menos un mes, mientras que el trastorno en sí ha de durar, al menos, seis meses. Asimismo, durante la mayor parte del tiempo que dure el trastorno, el paciente verá mermados sus niveles de funcionamiento con respecto a su entorno laboral o social, así como una despreocupación por los autocuidados. Si el trastorno se desarrolla durante la adolescencia, puede afectar significativamente a la capacidad de socializar del individuo.

Pueden aparecer episodios de estados de ánimo durante la enfermedad y estos son, de hecho, comunes, estando asociados con la sintomatología de la fase afectiva. Este tipo de episodios no deben aparecer durante la mayoría de la enfermedad, sino que deben ocupar una parte minoritaria de la duración total. En caso de que estos episodios no aparezcan, debe haber delirios o alucinaciones.

La fase afectiva se caracteriza por un afecto inapropiado o un ánimo de carácter disfórico, que puede conllevar la aparición de depresión, ansiedad o enfados.

Asimismo, se puede presentar como una alteración en el sueño o, incluso, falta de apetito.

Otros de los síntomas asociados a la enfermedad son la despersonalización, desrealización y preocupaciones somáticas de grandes proporciones. A su vez, la esquizofrenia está relacionada con la aparición de ansiedad y diversas fobias.

También se asocian a esta enfermedad déficits cognitivos capaces de afectar a la memoria y a la velocidad de pensamiento; anomalías en el proceso sensorial y en la capacidad inhibitoria, así como una reducción en la concentración; y déficits de la cognición social, entre los que se incluyen déficits de la capacidad para inferir las intenciones ajenas y una desmedida atención a sucesos o estímulos irrelevantes, los cuales son interpretados como importantes. Esto último puede llevar a la aparición de delirios explicativos.

En gran parte de los casos, se produce una anosognosia, es decir, una ausencia por parte del paciente sobre el reconocimiento de su enfermedad. En muy pocos casos, los enfermos pueden desarrollar hostilidad y producir agresiones, sin embargo, es necesario indicar que, realmente, los enfermos con esquizofrenia son más propensos a recibir agresiones violentas que a producirlas.

Se ha descubierto que los enfermos de esquizofrenia padecen diferencias en su arquitectura celular, así como en la conectividad de la sustancia blanca y en el volumen de la sustancia gris de varias regiones del cerebro, como la corteza prefrontal y temporal. A su vez, se produce una reducción del volumen general del cerebro, lo que está asociado con la edad. Por otro lado, presentan diferencias con respecto a individuos sanos en lo que refiere a su capacidad de respuesta en el seguimiento ocular y sus índices electrofisiológicos (APA 2013, p. 102).

Existen diversos factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de la enfermedad. En primer lugar, los factores ambientales, en donde la estación de nacimiento puede generar una mayor propensión hacia la esquizofrenia. Así, los individuos nacidos a finales de invierno, principios de primavera y verano poseen mayores índices de propensión. Por otra parte, se produce una mayor propensión en los niños criados en las urbes, así como en los pertenecientes a grupos étnicos minoritarios.

En segundo lugar, existen factores de carácter genético y fisiológico, poseyendo estos una importante presencia a la hora de calcular el riesgo que posee un individuo de padecer esquizofrenia, a pesar de que en muchos casos no se han observado antecedentes familiares. De esta forma, la predisposición la confieren “*un abanico de alelos de riesgo, comunes y raros, de forma que cada alelo contribuye sólo en una pequeña fracción a la varianza total en la población*” (APA 2013, p. 103). Esto también puede influir en otros trastornos, como el trastorno bipolar o la depresión. Asimismo, factores como el estrés o la malnutrición pueden contribuir en el surgimiento de la enfermedad.

Con respecto a los aspectos relacionados con la cultura, existen culturas donde el delirio y las alucinaciones pueden formar parte de una experiencia religiosa. A su vez, el discurso desorganizado puede estar condicionado por las diferencias lingüísticas en los estilos narrativos. Por otro lado, no se debe confundir la alogia con aquellas diferencias de expresión que son comunes dentro de una cultura. Por último, existen culturas donde el malestar se presenta en forma de alucinaciones o pseudoalucinaciones.

En lo que refiere al género, se ha observado que hay una menor incidencia de la enfermedad en mujeres, las cuales poseen una edad de inicio posterior, así como una mayor carga afectiva y mayor número de síntomas psicóticos que pueden empeorar con el tiempo, aunque los síntomas negativos y la desorganización posee una frecuencia menor. Igualmente, el funcionamiento social se preserva mejor en mujeres que en hombres.

El riesgo de suicidio en la esquizofrenia ronda el 5 - 6% de los casos, existiendo una probabilidad del 20% de realizar un intento. Esta probabilidad se ve incrementada en los hombres (APA 2013, p. 104).

Por último, la enfermedad presenta una comorbilidad que se caracteriza por una fuerte incidencia de consumo de sustancias; presencia de ansiedad, TOC¹⁰ y trastornos del pánico; una esperanza de vida más corta debido a afecciones médicas asociadas, como son la diabetes o el aumento de peso; y una menor preocupación por la salud, lo que incentiva la aparición de enfermedades crónicas.

¹⁰ Trastorno obsesivo - compulsivo.

Otro de los trastornos que entran dentro del espectro de la esquizofrenia es el trastorno delirante. Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de delirios u otros síntomas típicos de la esquizofrenia durante un mes o más, así como por un deterioro del funcionamiento psicosocial. Suelen aparecer episodios de estados de ánimo breves en comparación con los delirios.

Estos delirios no pueden ser atribuidos al abuso de sustancias u otro tipo de trastorno y pueden conllevar problemas sociales, familiares o laborales. Se pueden observar casos en los que el paciente no acepta los delirios como irracionales. Asimismo, se puede desarrollar un afecto irritable, con enfado y episodios violentos, así como comportamientos litigantes o antagónicos, lo que puede finalizar con problemas legales por parte del individuo (APA 2013, p. 92).

También podemos encontrar el trastorno psicótico breve, que se define como una alteración que da inicio a las características comunes en la esquizofrenia, como son los delirios o las alucinaciones. Esto va acompañado de una agitación emocional o confusión. El grado de disfunción del enfermo puede ser grave, mientras que los afectados por este trastorno poseen un riesgo de suicidio elevado (APA 2013, p. 95).

En cuanto al trastorno esquizofreniforme, este presenta una serie de características idénticas a la esquizofrenia, sólo pudiendo ser distinguido gracias a su periodo de duración, que varía de 1 a 6 meses. No existe criterio alguno que indique un deterioro del funcionamiento laboral o social, así como no hay pruebas de laboratorio que ayuden al diagnóstico (APA 2013, p. 98).

Por último, con respecto a este espectro de trastornos, veremos el trastorno esquizoafectivo. Este aparece cuando, durante un episodio psicótico, se produce un episodio mayor de estado de ánimo acompañado de delirios, alucinaciones, etc. A diferencia de la esquizofrenia, estos episodios están presentes la mayor parte de la duración total de la enfermedad. Esto hace que sea esencial la realización de una evaluación del estado de ánimo durante todo el curso de la enfermedad, para lo que es necesario hacer uso de la historia del paciente como del juicio clínico.

Se suelen producir, como en el resto de enfermedades del espectro, incidencias sobre el funcionamiento laboral, aunque este no es un criterio definitorio. A su vez, se dan restricciones del contacto social y dificultades en los procesos de autocuidado, acompañado de síntomas negativos leves y poco persistentes. Igualmente, se han

apreciado casos en los que surge la anosognosia, y existe un riesgo elevado de desarrollar episodios de trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar, así como trastornos relacionados con el abuso de sustancias (APA 2013, p. 107).

Pasemos ahora a los trastornos depresivos. Estos presentan una *“presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo”* (APA 2013, p. 155). Dentro de este grupo de trastornos, el trastorno depresivo mayor es entendido como el representante, y es por él por el que vamos a iniciar las diversas descripciones que aquí nos ocupan.

En el trastorno depresivo mayor los síntomas han de presentarse de forma casi diaria, con un ánimo deprimido presente la mayor parte del día. Asimismo, se pueden presentar insomnio y fatiga, así como una culpa delirante o casi delirante. Por otra parte, puede que el paciente niegue la realidad de su enfermedad (APA 2013, p. 163).

Este trastorno se caracteriza por presentar un ánimo depresivo y una pérdida del interés o del placer durante, al menos, dos semanas. En niños y adolescentes surge un ánimo irritable. También suelen estar relacionados cambios de apetito, peso o actividad psicomotora; energía disminuida; sensación de inutilidad o de culpa; dificultades para pensar, concentrarse o decidir; pensamientos suicidas e intentos de suicidio. De hecho, la enfermedad está ligada a una alta mortalidad por suicidio.

Durante esta, suele producirse un aislamiento social o abandono de los hobbies por parte del enfermo, así como una reducción en su líbido. Además, hay episodios frecuentes de llanto, irritabilidad, estado taciturno, rumiación obsesiva, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por el estado físico y quejas de dolor. En niños se puede producir ansiedad por separación.

A pesar de la existencia de investigaciones que correlacionan aspectos neuroatómicos, neuroendocrinos y neurofisiológicos del trastorno, no existen pruebas de laboratorio que posean la suficiente sensibilidad y especificidad para apoyar el diagnóstico. Sin embargo, las numerosas investigaciones sobre la hiperactividad del

eje hipofisario - hipotalámico - adrenal¹¹ parecen relacionar la melancolía, los rasgos psicóticos y la tendencia al suicidio.

A su vez, los estudios moleculares han hallado factores periféricos, como variantes genéticas de factores neurotróficos¹² y de citoquinas proinflamatorias¹³. En los adultos que padecen este trastorno, los estudios de resonancia magnética funcional muestran alteraciones funcionales en los sistemas neuronales que soportan el procesamiento emocional, la búsqueda de recompensa y la regulación emocional (*Ibid*, 165).

En cuanto a los factores de riesgo, estos se dividen en temperamentales, ambientales, genéticos y fisiológicos y modificadores del curso. Los factores temperamentales que incrementan la posibilidad de desarrollar un trastorno depresivo mayor se relacionan con la afectividad negativa o el neuroticismo, los cuales, en niveles altos, pueden provocar un desarrollo del trastorno en respuesta a situaciones de estrés.

Por otro lado, en los ambientales influyen los traumas desarrollados en la infancia, sobre todo cuando son varias experiencias de diversos tipos, suponiendo esto un potente conjunto para desarrollar este trastorno. Las experiencias de estrés son ampliamente reconocidas como causa de depresiones mayores, pero que estas se produzcan poco antes de la aparición del trastorno no ayuda a la hora de realizar un pronóstico o elegir un tratamiento.

Con respecto a los genéticos y fisiológicos, los familiares de primer grado de los pacientes poseen un riesgo entre dos y cuatro veces mayor de desarrollarlo que el resto de la población. El riesgo relativo puede ser mayor en las formas de inicio temprano y recurrente. La capacidad de heredar el trastorno gira en torno al 40%, y los rasgos neuróticos de la personalidad incrementan sustancialmente esta proporción.

¹¹ El eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (eje HHA) es un conjunto complejo de influencias directas e interacciones retroalimentadas entre el hipotálamo, una parte del cerebro hueca con forma de fuelle, la hipófisis (glándula pituitaria), una estructura en forma de haba localizada debajo del hipotálamo, y la glándula adrenal o suprarrenal, una glándula pequeña, pareada y de forma piramidal localizado en la parte superior de los riñones (Eje hipotalámico - hipofisario - adrenal, 2021).

¹² Proteínas específicas del sistema nervioso con un papel esencial en la supervivencia, diferenciación y proliferación neuronal durante el desarrollo del sistema nervioso central y periférico (Ramos - Quiroga, Sánchez - Mora, Corominas, Martínez, Barrau, Prats, Casas y Ribasés, 2014).

¹³ Las citoquinas son proteínas pequeñas que regulan la función de las células que las producen sobre otros tipos celulares. En el caso de las proinflamatorias, actúan en la respuesta inmune innata, inespecífica o inflamación (Citoquinas, 2021).

Por último, en los modificadores del curso intervienen todos los trastornos afectivos no mayores, que aumentan el riesgo de sufrir depresión, la cual suele poseer un curso más refractario. Los más comunes son el trastorno por consumo de sustancias, la ansiedad y el TLP¹⁴. Sin embargo, la mejoría clínica de los síntomas depresivos puede depender tanto del tratamiento como de la existencia de una enfermedad subyacente. Asimismo, las enfermedades crónicas o incapacitantes aumentan el riesgo de sufrir este trastorno, y las propias enfermedades crónicas se complican por la depresión, lo que puede aumentar su carácter crónico (APA 2013, p. 166).

Continuemos con los aspectos relacionados con la cultura. Se ha observado que existe una diferencia, dependiendo de la cultura, de hasta siete veces en la tasa de prevalencia a los doce meses de sufrir la enfermedad. A pesar de esto, es destacable la existencia de uniformidad en la proporción de mujeres y hombres, así como en las edades de inicio y en el grado en que el trastorno puede provocar la aparición de un trastorno por abuso de sustancias.

Por otro lado, la mayoría de casos no son reconocidos en centros de atención primaria. Igualmente, el insomnio y la pérdida de energía suelen ser los síntomas más comunes entre los pacientes.

En el caso del género, se observa una mayor proliferación de la depresión en mujeres, aunque no hay diferencias significativas en cuanto a síntomas, curso, respuesta a tratamiento y consecuencias funcionales. Sin embargo, las mujeres presentan una mayor cantidad de intentos de suicidio, aunque la consecución de estos es más elevada en hombres (APA 2013, p. 167).

La conducta suicida en los enfermos de depresión mayor dura todo el tiempo que transcurre la enfermedad, suponiendo el antecedente más frecuente los intentos o amenazas de suicidio, a pesar de que la mayoría de los individuos que mueren debido a esto no presentaban indicios de haberlo intentado con anterioridad.

La probabilidad de suicidio aumenta en varones, sobre todo si estos están solteros o viven solos, o poseen fuertes sentimientos de desesperanza. Asimismo, el TLP aumenta notablemente las inclinaciones suicidas.

¹⁴ Trastorno límite de personalidad.

De hecho, este trastorno presenta una comorbilidad con numerosos trastornos que no pertenecen a su mismo espectro, como son los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos del pánico, el TOC, la anorexia y la bulimia nerviosa y el TLP (APA 2013, p. 168).

Una de las consecuencias funcionales que presenta este trastorno es el ligero deterioro del individuo, que puede provocar que el trastorno no sea percibido. Sin embargo, el deterioro puede ser grave, pudiendo presentarse como incapacidad completa con ausencia de autocuidados, mutismo o catatonia. Asimismo, en muchos pacientes se ha percibido dolor físico, así como enfermedades físicas y disfunciones físicas, sociales y personales.

Dentro del espectro de los trastornos depresivos podemos encontrar el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Este se caracteriza por una irritabilidad crónica, grave y persistente, en los que se producen reacciones coléricas ante la frustración. Estos casos deben ocurrir al menos tres días a la semana durante un año, y deben producirse en diversos ambientes. En el caso de los niños, se producen episodios de irritabilidad, aunque sin estallidos coléricos (APA 2013, p. 157).

Otro de los trastornos de este espectro es el trastorno depresivo persistente o distimia, en el que se produce un ánimo deprimido durante la mayor parte del día, episodio que debe durar al menos dos años en adultos y un año en niños. De hecho, la depresión mayor puede preceder este trastorno, por lo que la diferenciación entre uno u otro dependerá de la duración que se observe.

El paciente debe presentar dos o más síntomas de entre los siguientes: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Es posible que el enfermo haga caso omiso a estos síntomas o no los mencione por formar parte de su vida diaria. A su vez, los síntomas duran como máximo dos meses (APA 2013, pp. 169 - 170).

Por último, nos encontramos con el trastorno disfórico premenstrual. Este se caracteriza por la aparición de labilidad afectiva, disforia y ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual. Estos suelen remitir al inicio o poco después de finalizar la menstruación.

La paciente debe presentar síntomas en su conducta o en su cuerpo, los cuales han de haberse repetido en los ciclos menstruales del año anterior, los cuales deben afectar al funcionamiento en los campos laborales y sociales de la paciente. Este hecho se ve afectado, a su vez, por las características sociales y culturales de la mujer.

Para desarrollar un buen diagnóstico de la enfermedad se deben realizar evaluaciones diarias perspectivas de los síntomas durante, al menos, dos ciclos. A su vez, durante la enfermedad pueden aparecer delirios y alucinaciones, lo que suele ir acompañado de riesgo de suicidio (APA 2013, pp. 172 - 173).

Problemas que presenta el DSM - 5: el sobrediagnóstico

En el presente apartado procederé a la realización de un análisis de las críticas efectuadas por Allen Frances, jefe del Grupo de Tareas del DSM - IV, hacia el DSM - 5 en su artículo *Abriendo la caja de Pandora: las 19 peores sugerencias del DSM - 5*. Mediante este análisis no sólo pretendo mostrar la realidad que supone el problema de la sobrediagnosticación, sino también realizar una crítica al propio texto de Frances. Es importante aclarar que el escrito está realizado sobre el borrador del DSM - 5, por lo que algunos de los argumentos de Frances pueden estar fuertemente sesgados por la falta de información.

Uno de los primeros aspectos que critica el autor es la introducción de nuevos diagnósticos de carácter problemático. En este punto, Frances se encarga de señalar aquellos trastornos que, debido a los cambios en el proceso de diagnóstico, así como el aumento de los espectros de trastornos que incluye el DSM - 5, provocarán un sobrediagnóstico en la población. Esto se debe, como señala el autor, a que la mayoría de las características y síntomas que presentan los trastornos son inespecíficas y se encuentran en un gran sector de la población. Un ejemplo de ello es el síndrome de riesgo de psicosis, cuya tasa de falsos positivos podría rondar el 70 - 75%. Asimismo, declara que los síntomas del trastorno cognitivo menor se encuentran en un alto porcentaje de la población mayor a 50 años (Frances 2010, p. 2).

Otro de los puntos del manual que critica es que, en base a la eliminación del apartado de significación clínica del DSM - IV, el juicio clínico se convertiría en poco más que “*un guardián para determinar la presencia o ausencia de trastornos mentales*” (Frances 2010, p. 3), lo que incrementa las tasas de los diagnósticos. Asimismo, defiende que los casos de depresión pueden aumentar debido a la

confusión de los síntomas típicos del duelo por la pérdida de un familiar, lo que puede conducir a un abuso de psicofármacos en aquellos que presenten duelo.

Por otro lado, critica la unificación de los trastornos del espectro del autismo, debido a que el Asperger dejaría de tener validez y se incrementarían el diagnóstico de los casos clínicos de autismo. También rechaza la inclusión de los púberes dentro de la pedofilia, pues esto conllevaría el medicar a individuos que no sufren trastornos, sino que son, simplemente, criminales (Frances 2010, p. 4).

Estos son sólo algunos ejemplos de lo recogido por Frances en el artículo. Ahora cabría preguntarnos, ¿eran estas observaciones, como declara el propio autor que le pueden atribuir, alarmistas? La respuesta sería que, en ciertos aspectos, sí. Esto es debido a que, por ejemplo, en el caso de la depresión mayor, tal como hemos visto, es necesario que los síntomas cumplan una serie de características, que no sólo atañe al tiempo de extensión de la enfermedad, sino también al cúmulo de síntomas que presente el enfermo o al comportamiento que posea frente al entorno. A su vez, el Asperger no ha desaparecido, sino que se ha consolidado dentro del espectro del autismo, gracias a estudios específicos sobre su sintomatología, permitiéndole poseer un apartado propio que facilita su tratamiento.

Sin embargo, no por ello se puede negar la realidad problemática que presenta la sobrediagnosticación, ni que esta se pueda deber, en parte, a la numerosa cantidad de trastornos que incluye el DSM - 5. Así, por ejemplo, el trastorno depresivo mayor presenta características similares a los episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos, al trastorno de adaptación con ánimo deprimido o al trastorno por déficit de atención/hiperactividad (APA 2013, pp. 167 - 168).

Planteemos un supuesto: un hombre joven presenta la sintomatología propia de un trastorno bipolar, en donde se producen episodios hipomaníacos seguidos de episodios depresivos, por lo que, tras el análisis clínico por parte de un psiquiatra, se le diagnostica esta enfermedad y se le prescribe el tratamiento pertinente. Pasadas unas semanas, se comprueba que el paciente no ha mejorado e, incluso, los episodios hipomaníacos y depresivos suceden con más frecuencia. Es por ello que se le practica un análisis fisiológico, descubriendo que el paciente sufre un trastorno depresivo debido a sustancias, las cuales le provocaban los episodios hipomaníacos.

Este tipo de casos no son extraños, y el propio DSM - 5 expone la dificultad de diferenciar ciertos tipos de enfermedades mentales entre sí, algunas de las cuales están incluidas dentro del mismo espectro. Sin embargo, ¿es esto culpa de la nueva nomenclatura ideada para el manual? Si esto fuese así, el manual no sería una guía de apoyo para el diagnóstico, sino que expondría definiciones concretas de las enfermedades mentales y ofrecería los tratamientos pertinentes. La APA reconoce los límites que posee el manual, y es por ello que crea la Sección - III, así como ofrece un apartado para la realización de diagnósticos diferenciales.

Además, la inclusión de los diversos factores que pueden ayudar al diagnóstico, como son los culturales o de género, o los parámetros de comorbilidad, responden a la necesidad de no realizar sobrediagnósticos, sino todo lo contrario, ser más específicos en la labor clínica, a fin de salvaguardar la salud mental y física de los pacientes. En todo caso, la responsabilidad del sobrediagnóstico recae en el profesional de la salud mental, en aquellas ocasiones en la que se produce una mala praxis en la elaboración del juicio clínico, y en paciente, que, como se ha observado, puede ser desconocedor o no querer reconocer la realidad de su enfermedad.

A pesar de esto, desde el punto de vista del diagnóstico y del pronóstico, un sobrediagnóstico no tiene porqué ser visto como un error. Al ser un diagnóstico un proceso que se vale de hipótesis, el sobrediagnóstico puede ser tomado como una hipótesis la cual es necesario revisar y reajustar. Tal como describe Woods (2013), los diagnósticos se adscriben a sistemas cognitivos en los que un agente se propone un objetivo, el cual puede alcanzar por medio de unos recursos limitados. Esto fue formulado por Gabbay y Woods (2005) como sistema <A T R> (A referente al agente o *agent*; T referente a objetivo o *task*; R referente a recursos o *resources*).

El modelo de Gabbay y Woods supone un modelo económico mediante el cual optimizar recursos. Debido a que los profesionales de la salud mental suelen ser agentes individuales que no pertenecen a instituciones, poseen una serie de recursos muy limitados a la hora de abordar los objetivos marcados, en cuyo caso son realizar un diagnóstico y pronóstico sobre el trastorno que sufre el paciente. Es por ello que no se puede abordar el problema desde el punto de vista de la certeza absoluta, sino que los errores, en estos casos, son necesarios para realizar ajustes en las estrategias tomadas para alcanzar el objetivo. Así, hay una gran cantidad de conocimiento que se puede adquirir a través del error, la retroalimentación y la corrección (Barés y

Fontaine 2021, p. 5). Este modelo, junto con el modelo eco - cognitivo de Magnani (2015), posee una gran relevancia en el modelo abductivo, ya que preservan el carácter hipotético de los procesos de diagnóstico y pronóstico, como veremos en el apartado correspondiente.

En base a esto, *“when agents reason ge-nerically, the conclusions that they draw should not be stated as universally quantified sentences, but in more elastic terms”* (Woods 2013, p. 138). Las conclusiones han de ser flexibles, y es por ello que un diagnóstico “erróneo” no supone una sentencia cerrada, sino que puede ser corregida o sustituida por otra hipótesis que se adecue mejor a la sintomatología mostrada por el paciente.

3. El panorama actual de la salud mental

Hasta ahora nos hemos ocupado del panorama clínico y tradicional de la salud mental a fin de abordar una serie de conceptos y problemas que han acompañado a este campo desde sus inicios. Sin embargo, en el presente apartado trataremos los aspectos más actuales sobre los que se trabaja en la investigación sobre los trastornos.

A pesar de que algunas de las cuestiones que veremos aquí ya han sido mencionadas con anterioridad, este apartado se propone abordarlas en profundidad a fin de explicarlas exhaustivamente. Así, algunos de los temas circundan en torno a los modelos más adecuados para realizar diagnósticos y pronósticos, el auge de la psicología clínica frente a la psiquiatría tradicional, el uso y abuso de psicofármacos y el papel del paciente con respecto a la enfermedad mental.

3.1. La abducción en el diagnóstico y pronóstico

Anteriormente hemos establecido que los diagnósticos y los pronósticos están basados en hipótesis, las cuales se pueden revisar e, incluso, sustituir por otras hipótesis que se adecuen mejor a los síntomas que presenta un paciente. Sin embargo, ¿a través de que método surgen estas hipótesis? La idea más barajada hoy día es que los diagnósticos y pronósticos se sirven del método abductivo, a fin de poder realizar sus funciones dentro del panorama del velo de la incertidumbre.

Upshur declara que *“inferences in clinical medicine made on the basis of statistical models and clinical encounters are characteristically abductive. They should be regarded as tentative statements that the inference holds, is provisionally the case, or pragmatically*

justifies action” (Upshur 1997, p. 204). Asimismo, una hipótesis no necesita ser inductivamente fuerte para ser aceptada (Barés y Fontaine 2021, p. 157). En base a esto, la inferencia abductiva permite realizar diagnósticos incluso si la información está incompleta, lo que nos permite explicar tanto la justificación como el crecimiento del conocimiento médico (Chiffi 2021, p. 54).

La abducción se formula de la siguiente manera:

“The surprising fact, C, is observed.

But if A were true, C would be a matter of course.

Hence, there is reason to suspect that A is true.” (Peirce 1931, CP 5.189).

Peirce establece la abducción como un procedimiento lógico que se inscribe dentro del contexto de descubrimiento. Asimismo, el razonamiento lógico también forma parte del contexto de justificación de una teoría. Sin embargo, la abducción en este contexto es descrita como una inferencia justificada por la hipótesis que es más adecuada para explicar un fenómeno, a pesar de que la hipótesis abducida no posee garantías de ser la mejor explicación (Chiffi 2021, pp. 55 - 56).

El contexto de justificación es esencial en la selección entre un conjunto de hipótesis justificadas por el conocimiento científico y patológico. A su vez, la abducción en el contexto de descubrimiento supone un principio heurístico que posibilita la adopción de candidatos a hipótesis, es decir, declaraciones que no poseen pruebas que permitan confirmarlas, pero que tampoco poseen un fundamento con el que negarlas.

Peirce habla de la abducción en términos de *“the process of forming explanatory hypotheses”* (Peirce 1931, CP 5.171) Según Frankfurt, una hipótesis explicativa A siempre ha de ser reconocida previamente a la conclusión del argumento abductivo, lo que implica que este método no puede ser muy creativo (Frankfurt, 1958). De esta forma, la abducción supondría un sistema de cribado entre los candidatos a hipótesis. Sin embargo, una hipótesis A en la premisa mayor y en la conclusión de un esquema abductivo posee diferentes modos, ya que A en la premisa es el antecedente del condicional de subjuntivo, mientras que en la conclusión es colocado como una investigación a través de la cual obtener más información de A (Anderson, 1986; Ma y Pietarinen, 2018). Por otro lado, la conclusión supone *“a good working hypothesis to go ahead with, at least as a basis for conducting tests or, if tests are not necessary, as a basis for provisional action or inaction”* (Walton 2004, p. 144). De esta

forma, la abducción posibilita la selección de una hipótesis en el contexto de justificación y la selección de candidatos a hipótesis en el contexto de descubrimiento.

Igualmente, la abducción, si tomamos el sistema <A T R> propuesto por Gabbay y Woods (2005), supone una respuesta a un problema de ignorancia. Tal como declaró Woods, *“Deductive inference is truth-preserving. Inductive inference is likelihood enhancing. Abductive inference is ignorance-preserving”* (Woods 2013, p. 376). Gracias a esto, la abducción permite establecer estrategias de ajuste de recursos en el sistema <A T R>. Esto es debido a que, usualmente, los agentes individuales no cuentan con los recursos suficientes para alcanzar los objetivos propuestos, por lo que realiza conjeturas sobre la posibilidad de realizar el objetivo, las cuales pueden servir para llevar a cabo nuevas acciones, aún existiendo el problema de la ignorancia (Barés y Fontaine 2021, p. 158).

La abducción es inerte, ya que no proporciona fundamento de veracidad o falsedad a través de su conclusión. Además, *“Abduction is an inferential process during which the reasoner is justified in introducing a hypothesis as the basis for new actions”* (Barés y Fontaine 2021, p. 162). Existen muchos filtros que pueden intervenir en la introducción de una hipótesis, como son la plausibilidad y la fiabilidad, pero estos no son ni suficientes ni necesarios para tal cometido (Gabbay y Woods 2005, cap. 3 - 5). Es por ello que la legitimidad de una conclusión abductiva no debe juzgarse en términos de evidencia o creencia.

Asimismo, los agentes pueden adoptar hipótesis que no concuerden con sus creencias o conocimientos, lo que provoca que no se pueda entender el conocimiento como “creencia verdadera justificada”, suponiendo esto una separación de principios epistémicos como la introspección positiva, que establece que si alguien sabe X, entonces sabe que sabe X. Así pues, la lógica de la abducción debe combinarse con una lógica paraconsistente¹⁵ para evitar la trivialidad y la explosión (Barés y Fontaine 2021, p 163).

La conjetura es *“acceptance for promissory work in future inferences, subject to the possibility of recall. Another way of saying this is that conjecture does not report a doxastic state.”* (Gabbay y Woods 2005, p. 150). Es por ello que su susceptible productividad provoca que sea motivo suficiente para adoptar una hipótesis. De hecho, *“The value of a hypothesis may indeed be related to its potential productiveness, as a basis for creativity, invention and discovery”* (Barés y Fontaine 2021, p. 163).

¹⁵ Las lógicas paraconsistentes son aquellas que toleran la contradicción, es decir, la verdad simultánea de un hecho u oración y su negación (Peña 1984, p. 81).

Aunque los filtros pueden tener importancia a la hora de elegir una hipótesis, es mejor rechazarlos como candidatos en la formulación de las condiciones necesarias o suficientes que hacen de la abducción un éxito. Se ha de tomar una posición escéptica moderada a la vez que se reconoce la corrección de una serie de abducciones, sin poder proporcionar una justificación racional en términos de las condiciones impuestas a la selección de hipótesis, debido a que este es un problema para el cual aún hoy día no hay solución.

Aunque Peirce (1931) habla de la abducción como un proceso mediante el cual se forman las hipótesis explicativas, esto no puede aportarnos una caracterización general de la abducción. Es por ello que este método no puede restringirse a la aplicación de filtros para seleccionar hipótesis, sino que debe hablarse de la abducción en base a su naturaleza, que es selectiva o creativa (Barés y Fontaine 2021, p. 164).

Una abducción es selectiva cuando el profesional de la salud selecciona la enfermedad de un amplio catálogo contenido en su conocimiento enciclopédico. Supone un problema de reducción, pues se selecciona una hipótesis de un conjunto. Por contra, una abducción creativa es aquella en la que se ha introducido una nueva enfermedad que aún no ha sido clasificada. Esto implica un problema de relleno, es decir, explicar cómo se generan nuevas hipótesis.

La abducción creativa se puede explicar según el modelo ecocognitivo de Magnani (2015), que es compatible, hasta cierto punto, con el sistema de Gabbay y Woods. Según el modelo de Magnani, los agentes están incorporados en sistemas cognitivos distribuidos, suponiendo las interacciones entre el cerebro, el cuerpo y el entorno externo sus aspectos centrales. Esto indica que plantear hipótesis depende de las interacciones que ocurren en los diversos sistemas cognitivos. Asimismo, cómo se procesa la información es muy importante, pudiendo ser el proceso más viable si la información es manipulada (Barés y Fontaine 2021, p. 164). La abducción es contextual y debe ser evaluada con respecto a objetivos particulares y recursos escasos.

Por otro lado, Murri (1972) establece que, en base a la selección de hipótesis que se realiza en el diagnóstico clínico, es poco probable que se pueda dar la creación de un conocimiento clínico objetivo. Esto no quiere decir que los diagnósticos sean inmutables, a pesar de pertenecer a una sintomatología determinada. Aún tiene margen de cambio dependiendo de ciertas consideraciones terapéuticas y pronósticas (Chiffi 2021, p. 57).

Stanley y Campos (2016) adoptan una postura diferente, exponiendo que se produce un equilibrio entre la creación y la selección de hipótesis en el diagnóstico clínico. Las críticas a esta postura provienen de la naturaleza del conjunto de hipótesis explicativas (He) aportadas en la concepción de Peirce, en donde el hecho C se observa y es sorprendente dentro de un conjunto He.

Por un lado, si el conjunto He se relativiza al conjunto de hipótesis que el psiquiatra asocia con C, se pueden crear hipótesis en el proceso abductivo basadas en el razonamiento diagnóstico. Sin embargo, el psiquiatra puede desconocer una hipótesis explicativa relevante para C, en cuyo caso hay una falta de conocimiento médico. Cuando el conjunto He se interpreta objetivamente, la creación de hipótesis clínicas es poco probable, ya que rara vez ocurre que la evaluación o reconocimiento de una condición patológica no haya sido ya descrita o codificada (Chiffi 2021, p. 57). A pesar de esto, Stanley y Campos (2016) sostienen que cuando un médico se enfrenta a un caso atípico o complejo pueden combinar sus conocimientos sobre las diversas enfermedades de forma novedosa a fin de explicar la condición de un paciente en específico. Por ende, el conocimiento sobre las enfermedades conocidas puede fusionarse y codificarse con el fin de desarrollar nuevos patrones de diagnóstico para situaciones más complejas.

En el caso del pronóstico, no se puede descartar la creación en la abducción debido a que *“the initial set of hypotheses to consider cannot be easily restricted”* (Chiffi 2021, p. 58). Existen numerosos factores hipotéticos capaces de cambiar el juicio realizado en un pronóstico, lo que contribuye a la incertidumbre. Lo más complicado en un pronóstico es dotar de sentido a esta incertidumbre en el desarrollo individual de una enfermedad, lo que puede derivar en la generación de nuevos escenarios o hipótesis explicativas. Por otro lado, la concebibilidad de una hipótesis pronóstica puede ser mejorada por la experiencia clínica, sobre todo si se basa en explicaciones fisiopatológicas específicas.

Tal como defiende Chiffi (2021), es durante el pronóstico que se puede lograr una síntesis entre la hipótesis y el conocimiento obtenido de un determinado contexto clínico, lo que provoca que puedan surgir nuevas hipótesis que hagan revisar los pasos del juicio pronóstico, tal como hemos mencionado anteriormente. Asimismo, es en el pronóstico donde los valores y decisiones del paciente son tomados en cuenta por el profesional de la salud para elaborar su razonamiento clínico. La creación de nuevas hipótesis de pronóstico ayudan contra la incertidumbre del desarrollo de la enfermedad, por lo que es importante investigar la

naturaleza de las hipótesis diagnósticas y pronósticas con respecto a las inferencias abductivas.

3.2. La psicología clínica frente a la psiquiatría

Tal como se ha podido observar en la primera parte del escrito, tradicionalmente el monopolio de la salud mental ha recaído en el panorama de la psiquiatría. Sin embargo, la psicología clínica ha ido cobrando cada vez más fuerza, debido, ante todo, a la animadversión que despierta el consumo de psicofármacos entre los individuos que padecen trastornos mentales (Ayuso, 2014). A pesar de esto, ¿son realmente ambas disciplinas tan antagónicas como se suele pensar o pueden ser, incluso, complementarias?

La psicología, tal como declara la asociación EFPA (2003), supone una ciencia que se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos. Así, la psicología hace un especial hincapié en el individuo que sufre el trastorno, tanto en las interacciones que realiza consigo mismo como con los demás. Por contra, la psiquiatría trata las enfermedades mentales como cualquier otro tipo de enfermedad, centrándose en los aspectos más clínicos de la misma.

Surge como disciplina en el s. XIX, época en la que cobró especial importancia el ser humano como objeto de conocimiento. En 1879, Wilhelm Windt funda en la Universidad de Leipzig el primer laboratorio de psicología. Asimismo, William James escribió *Principios de psicología* en 1890, suponiendo este el primer tratado sobre la materia.

La psicología clínica es la especialidad que trabaja sobre la salud mental de un individuo. El estado del comportamiento de esta se basa en el establecimiento de un psicodiagnóstico y un tratamiento. Fue fundada en 1896, cuando Lighner Witmer inauguró en la Universidad de Pennsylvania la primera clínica. En ella se ofrecía tratamiento para las deficiencias del desarrollo infantil mediante una terapia de re - aprendizaje. Esta se asemeja a la terapia cognitivo - conductual que se aplica hoy día (Reisman, 1991).

Comúnmente, la psicopatología y la psiquiatría se han usado como términos homónimos (Berrios, 1996). Sin embargo, la psicopatología posee un significado más amplio en la descripción de los síntomas mentales. Así,

“Aunque el término psicopatología fue utilizado en el pasado como sinónimo de sintomatología descriptiva, ahora puede ser justamente utilizado para representar la ciencia de la conducta anormal y de los trastornos mentales. Sus métodos de estudio actualmente incluyen tanto procedimientos clínicos como experimentales” (Millon y Klerman 1986, p. 9).

En base a esto, la psicopatología se centra en tres áreas principales: la descripción y eventual clasificación del comportamiento anormal; la explicación de los procesos implicados en su desarrollo y mantenimiento; y la búsqueda de sus causas y factores etiológicos. Así, supone la base científica de la que se sirven tanto la psiquiatría como la psicología clínica (EFPA, 2003).

Pero esto no es lo único que comparten ambas disciplinas, pues también poseen las mismas funciones y métodos terapéuticos. De esta forma, tanto psicólogos clínicos como psiquiatras poseen un uso compartido de funciones investigadoras, psicodiagnósticas y psicoterapéuticas. Sin embargo, el psicólogo clínico está mejor preparado que el psiquiatra en cuanto a la aplicación de psicoterapias, ya que estos se forman más ampliamente en torno a las competencias psicodiagnósticas y psicoterapéuticas. Por otro lado, el psiquiatra posee la facultad de prescribir psicofármacos, aunque en países como Estados Unidos se ha posibilitado que los psicólogos puedan prescribir ciertos psicofármacos (Benito, s.f.)

El método usado por psiquiatras y psicólogos clínicos es, como ya se ha indicado, la psicoterapia. Esta posee el objetivo de provocar un *“cambio de pensamientos, creencias, sentimientos y conductas que pueden haber generado malestar y problemas en la salud mental del paciente”* (Ching, Lodoño - McConell, Molitor y Ritz, 2012). A través de esta, se procede a escuchar las experiencias del paciente, identificando aquellas que pueden haber sido determinantes para el desarrollo del trauma o el trastorno.

En la psicoterapia es imprescindible crear un clima adecuado por parte del terapeuta para aportar seguridad al paciente, así como evitar realizar juicios sobre el mismo. Con esto se busca incrementar el bienestar del paciente. Asimismo, se tratan de neutralizar miedos irracionales, así como se enseñan aprendizajes emocionales, conductuales y cognitivos significativos.

Es necesario que se establezca una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el terapeuta, a fin de que el paciente pueda expresar sus emociones y vivencias sin temor alguno. Esto es lo que permite al profesional realizar ajustes en su estrategia a fin de lograr cambios en el paciente. A su vez, el profesional de la salud mental puede llevar a cabo evaluaciones a fin de conocer mejor al paciente, como test de personalidad o cuestionarios que le permiten determinar el grado de trastorno que poseen. Esto le aporta información objetiva que le permite realizar un diagnóstico.

El proceso de la psicoterapia pasa por diversas etapas. La primera consiste en determinar el problema del paciente, siendo el tiempo de duración de la etapa variable, ya que depende del paciente. Tras esto comienza la parte práctica, en donde se tratará de solucionar el problema. Es necesaria la colaboración del paciente, pero la relación que se establece es de carácter asimétrico, debido a que es en el psicólogo o psiquiatra en quien recae el peso epistémico. Se determinan qué tipo de pensamientos son dañinos o beneficiosos, a fin de proporcionar una guía al paciente. En caso de que no haya un progreso, será necesaria la reevaluación y reformulación de los objetivos originales.

La psicoterapia le permite al paciente adquirir nuevas destrezas, así como una mayor resiliencia con la que abordar los retos y dificultades (Ching, Lodoño - McConell, Molitor y Ritz, 2012). Asimismo, la duración de la psicoterapia depende de varios factores, entre los que se incluyen el tipo de trastorno sufrido, las características personales y culturales del paciente, los antecedentes o problemas psicológicos y los objetivos y expectativas del paciente sobre la terapia. Aunque en la primera sesión el paciente puede tomar una nueva perspectiva de su enfermedad, no es recomendable sólo realizar una, ya que la satisfacción obtenida suele ser inmediata, por lo que no resultará determinante para solucionar los problemas del paciente.

Las personas con trastornos graves y crónicos pueden llegar a necesitar de psicoterapia de forma indefinida, acompañada de psicofármacos y visitas al psiquiatra. Por otro lado, el uso de psicoterapias no es exclusivo de los episodios con trastornos, pues puede servir a modo de chequeo de la salud mental.

Mediante diversos estudios, se ha determinado que un 75% de las personas que acuden al psicólogo observan progresos entre la sexta y la doceava semana de tratamiento. A su vez, en estudios comparativos entre personas que acuden a psicoterapia y que no acuden se observa que un 80% de las personas que acuden se encuentran mucho mejor al final del tratamiento (Ching, Lodoño - McConell, Molitor y Ritz, 2012).

Respecto a los psicofármacos, estos fueron introducidos en el panorama de la salud mental en la década de los 50, expandiéndose su uso entre los años 80 y 90 (Ayuso, 2014). Su uso es muy controvertido, pues, mientras que posee firmes defensores que abogan por sus efectos beneficiosos en aquellos que sufren trastornos graves, otros exponen que el uso de psicofármacos conlleva una sobremedicalización que, lejos de solventar los problemas que presentan las personas con trastornos mentales, los agravan.

Uno de los mayores problemas que presenta la psiquiatría en este campo es que los psicofármacos son prescritos no solo a los adultos, sino también a los niños. Szasz, en una conferencia realizada ante el Comité de Regulación de Estados Unidos, declaró que darle a un niño una droga psiquiátrica es envenenamiento, no un tratamiento. Esta crítica iba principalmente dirigida a la sobrediagnóstico de TDAH¹⁶, lo que conllevaba que muchos niños fuesen medicados con Ritalin.

Asimismo, el abuso de psicofármacos puede traer consigo la aparición de episodios de trastornos, lo que ha conllevado que el DSM - 5 contenga categorías especiales en las que se incluye la aparición de un trastorno por uso de sustancias, como es el caso del trastorno psicótico inducido por sustancias, entre las que se encuentran los fármacos antidepresivos (APA 2013, p. 113). A su vez, un estudio de *Journal of the American Medical Association* determinó que los antidepresivos provocan un efecto placebo en aquellos pacientes que sufrían una depresión leve (Ching, Lodoño - McConell, Molitor y Ritz, 2012).

Por otro lado, los psicofármacos pueden causar adicción. Entre los más comunes de causar este estado se encuentran los ansiolíticos y las benzodiazepinas. La adicción a los psicofármacos es denominada también adicción silenciosa, y afecta a tres niveles: el fisiológico, cuando el cuerpo pasa por el proceso de abstinencia y surge la necesidad física de consumir; el cognitivo, cuando el pensamiento del individuo se centra en conseguir y consumir más cantidad de psicofármacos; y el conductual, que son aquellas acciones que se realizan dentro del proceso de adicción (DSGV¹⁷, 2021). De hecho, el consumo de ansiolíticos está muy normalizado entre la población, ya que se dispensan en torno a 64,5 DHD (dosis diarias), afectando este consumo sobre todo a mujeres, quienes consumen 83,5 DHD frente a las 43,4 DHD consumidas por hombres (MSCyBS 2021, p. 61).

A pesar de esto, no podemos negar que el uso de psicofármacos es necesario en algunos casos graves. Por ejemplo, el proyecto *Rethinking*, llevado a cabo por Benedicto Crespo - Facorro (2017) junto a otros investigadores, expone que el uso de antipsicóticos de primera y segunda generación posee efectos positivos sobre los síntomas de alucinaciones y delirios propios de la esquizofrenia, sobre todo si la toma de estos psicofármacos se rige a la estipulada por los psiquiatras. Además, expone cómo el uso de terapias es beneficioso y útil para los pacientes. Asimismo, Andrea Cipriani, de la Universidad de Oxford, tras realizar 522

¹⁶ Trastorno de atención de la hiperactividad

¹⁷ Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

ensayos con un total de 116.477 personas, expone que los antidepresivos funcionan en un 60% de los casos de forma real (Martín, 2018).

Por ende, a pesar de los peligros que conllevan el uso de psicofármacos, no por ello se debe demonizar su prescripción. Todo medicamento contiene una serie de efectos secundarios que pueden poner en riesgo la salud de los usuarios de diversas formas, pero no por ello la medicina y la farmacología deja de hacer uso de ellos. El uso de psicofármacos ha de estar adscrito a las necesidades del paciente, así como determinado por el juicio clínico del profesional de la salud mental que lo esté tratando. Y, a pesar de la autoridad epistémica que poseen los psiquiatras, los pacientes poseen cierta autonomía y decisión sobre su tratamiento, lo que puede llevar a que consuman o no el psicofármaco en base a los efectos que este sienta que le producen.

3.3. El enfoque biopsicosocial: hacia una fenomenología de la salud mental

Tal como se ha ido observando, dentro del panorama clínico de la salud mental, así como de la salud en general, ha ido tomando cada vez mayor importancia aspectos tales como la cultura o las características y sensaciones individuales que un paciente puede tener con respecto a su enfermedad mental. Cada vez se apuesta más por la introducción de una ética que determine la corriente biologicista que hasta ahora ha dominado el mundo de la medicina y de la psiquiatría. Psicólogos y psiquiatras se esfuerzan por establecer vínculos de confianza con sus pacientes, mientras que estos toman mayor conciencia de la importancia de la salud mental y deciden recibir ayuda profesional en caso de ser necesario.

Pero, ¿cómo podríamos conceptualizar estos hechos? ¿Cuál ha sido el modelo imperante hasta ahora y cómo este está siendo sustituido poco a poco? ¿Qué papel juega la autonomía del paciente con respecto a la salud mental? ¿Es la experiencia del mismo determinante en el desarrollo o está en segundo plano? Estos y otros aspectos serán tratados en este apartado.

Actualmente, el panorama de la salud, en el que está incluido la salud mental, está mayormente determinado por un conjunto de principios bioéticos¹⁸. Estos principios son,

¹⁸ Disciplina científica, rama de la ética, que se ocupa del estudio de todas las cuestiones éticas relacionadas con la vida. Van Rensselaer Potter, uno de los fundadores de esta disciplina, aparecida en torno a 1970 y de importancia cada vez mayor, justificó la introducción del término apelando a la necesidad de que la reflexión ética vaya pareja a los avances de las ciencias biomédicas, so peligro de que estos últimos pongan en grave riesgo la vida y la calidad de vida en el futuro. Se usa con frecuencia de manera laxa como si fuera sinónimo de ética médica. Se usa con frecuencia en un sentido más restringido, referido tan solo al estudio de los aspectos éticos de la investigación biológica y sus aplicaciones (RANME, 2012).

principalmente, la autonomía, o capacidad de las personas para tomar decisiones por sí mismos; la beneficencia, mediante la que se persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños; la no maleficencia, un compromiso mediante el cual se establece no causar daño al paciente; y la justicia, en donde se trata de evitar la desigualdad entre los pacientes. En este apartado nos centraremos en la autonomía.

A pesar de esto, con la consolidación del modelo patoanatómico, las enfermedades fueron reclasificadas conforme a las lesiones descubiertas en estudios anatómicos que empleaban diversas tecnologías para hallar la causa objetiva de la enfermedad, visibilizando esta en el cuerpo del paciente, denostando con ello la experiencia subjetiva. Esto supone el principio de la racionalidad médica. Esto es definido por Foucault como *“el dominio de la mirada atenta, de esta vigilancia empírica abierta a la evidencia de los únicos contenidos visibles”* (Foucault 1963, 6). Asimismo, el autor expone que en la medicina moderna *“el paciente es un hecho exterior en relación a aquello por lo cual sufre; la lectura del médico no debe tomarlo en consideración sino para meterlo entre paréntesis”* (Foucault 1963, 23), acentuando con ello la negación del punto subjetivo del paciente dentro de panorama clínico.

Hoy día, el profesional de la salud mental y el paciente sostienen una relación asistencial, la cual puede ser tomada como la evolución del sistema de servicios descrito por Goffman (1961). Esta consiste en una actividad humana cooperativa a fin de cuidar y proteger la salud (Saborido y Casado 2010, p. 282). Supone una práctica social institucionalizada. En esta relación, además, intervienen el entorno, que es tomado como el tercer pagador, ya provenga este pago de un servicio público o privado, así como la industria farmacéutica. Este modelo entra dentro de los esquemas del naturalismo, aunque el entorno pertenece al modelo normativista. Ambos modelos serán descritos más adelante.

Igualmente, dentro del imaginario colectivo existe una cultura bioética, es decir, un *“conjunto de presunciones y expectativas, a menudo poco reflexivas e inarticuladas (...), que tenemos acerca de cómo es o debería ser la relación que a diario se establece entre profesionales y usuarios del servicio de salud”* (Saborido y Casado 2010, p. 281). Así, la relación asistencial no sólo se guía por las normas, sino que también depende de la cultura bioética, que establece el clima moral entre el profesional de la salud y el paciente en los centros asistenciales. La cultura bioética contemporánea es intercultural y aconfesional, y se centra en la aplicación, justificándose mediante las consecuencias.

Existe una tensión entre dos conceptos de enfermedad, los cuales pertenecen a los modelos naturalistas y normativistas respectivamente. La relación asistencial supone una tríada entre el profesional, el paciente y la sociedad, que está conceptualizada mediante los términos *disease*, *illness* y *sickness*. Detengámonos en esta para comprender en profundidad los aspectos que se describirán posteriormente.

Esta tríada de conceptos se aplica en los ámbitos médicos, personales y sociales atribuidos a la enfermedad humana. La distinción entre los términos se ha realizado desde la década de los 50, siendo común su uso en sociología médica, antropología médica y filosofía de la medicina (Hofmann 2002, 651).

De acuerdo a Andrew Twaddle, quien fuera el primero en usar la triada completa en 1973, *disease* supone “*a health problem that consists of a physiological malfunction that results in an actual or potential reduction in physical capacities and/or a reduced life expectancy*” (Twaddle 1994a, p. 8). De esta forma, ontológicamente supone un fenómeno orgánico o fisiológico independiente de la experiencia personal o las convenciones sociales de un individuo. Epistémicamente, se puede medir de forma objetiva.

Por otro lado, *illness* es “*a subjectively interpreted undesirable state of health. It consists of subjective feeling states (...), perceptions of the adequacy of their bodily functioning and/or feelings of competence*” (Twaddle 1994a, p. 10). Ontológicamente, está refiriendo al sentimiento subjetivo que posee el individuo respecto a sus síntomas. Sólo puede ser observado de forma directa por el paciente, aunque puede ser observado de forma indirecta por el profesional de la salud mediante una descripción por parte del enfermo.

Por último, *sickness* se define como “*a social identity. It is the poor health or the health problem(s) of an individual defined by others with reference to the social activity of that individual*” (Twaddle 1994a, p. 11). Ontológicamente, supone un elemento que se encuentra en la sociedad y que se define por su participación en la misma. El acceso epistémico a la enfermedad es posible mediante la medición de la capacidad del individuo para desempeñar actividades sociales (Hofmann 2002, p. 653).

Twaddle señaló que existe una relación temporal entre los tres elementos. De esta forma, *disease* conduce a *illness*, que luego conlleva *sickness*. Sin embargo, estos términos son criticados por Nordenfelt (1987, pp. 105 - 117; 1994, p. 22, 35), quien expone que los términos definen la condición de “mala salud”, funcionando la tríada sólo en el marco de la salud basada en la discapacidad. En base a esto, expone que la definición de *disease* excluye

una serie de fenómenos centrales del panorama de la salud moderna. Asimismo, aspectos como lesiones, deficiencias y defectos reducen las capacidades humanas, pero no están incluidos en la definición.

Con respecto a *illness*, su crítica se centra en tres aspectos. En primer lugar, cuestiona si el sujeto posee algún acceso empírico a un mundo mental privado, defendiendo que toda enfermedad posee síntomas perceptibles. En segundo lugar, expone que la definición de *illness* es muy diversa, pues incluye patologías físicas y mentales, no proporcionando una diferenciación y fundamentándose en el concepto de salud. Por último, manifiesta que el hecho de que la enfermedad sea “indeseable” quiere decir que aquellos que la sufren son conscientes, lo que no se cumple. En cuanto a *sickness*, el autor no considera que las actividades sociales tengan relación con el estatuto de enfermo de un individuo.

A pesar de esto, la definición realizada por Twaddle se adscribe a la definición de salud proporcionada por la OMS, es decir, “*a state of complete physical, psychological and social well being*”. Además, sí están basadas en la noción de salud, ya que *disease* supone un problema de salud, *illness* es un estado de salud percibido por un individuo y *sickness* suponen los problemas de salud definidos por la sociedad (Hofmann 2002, p. 655). Por otro lado, la triada refleja diferentes perspectivas respecto a aspectos relevantes de la vida humana, como son el profesional, el personal y el social, y conciernen a fenómenos biológicos, fenomenológicos y ambientales, respectivamente.

Es más, estos conceptos conllevan acciones. *Disease* demanda la identificación, por parte de los profesionales de la salud, y el tratamiento de enfermedades. *Illness* provoca que el individuo comunique su perspectiva sobre su estado de salud al resto. *Sickness* requiere una determinación del estatus social del enfermo, decidiendo quién tiene derecho al tratamiento, así como derechos económicos o excedencias de sus deberes sociales (Hofmann 2002, p. 657).

En base a esto, la enfermedad queda conceptualizada como un complejo de «males» o eventos negativos percibidos por los profesionales asistenciales, sus pacientes y la sociedad (Cooper, 2002a). Mientras que el panorama más clínico de la medicina y la psiquiatría se ha centrado en el concepto de *disease*, concibiendo la enfermedad como un fenómeno meramente biológico, la crítica posmoderna ha apuntado hacia el concepto de *sickness*, insistiendo en los aspectos constructivistas de la enfermedad. A esto hay que sumarle la

bioética y los movimientos de derecho de los pacientes, que han hecho de *illness* un concepto relevante.

En el modelo típico de relación asistencial, un individuo siente un malestar (*illness*), por lo que acude a un profesional de la salud. Este le diagnostica una enfermedad particular (*disease*), ya sea fisiológica o mental, y pone en marcha ciertos mecanismos de reconocimiento de ese estado, como puede ser la baja laboral (*sickness*) (Saborido y Casado 2010, p. 284). Todo esto supone un complejo conjunto de valoraciones psicosociales.

Pero, ¿qué papel juegan los naturalistas y los normativistas respecto a estos conceptos? Por un lado, los naturalistas describen los conceptos de salud y enfermedad como nociones teóricas objetivas de ciencias, centrándose exclusivamente en un concepto profesional o biológico de enfermedad, es decir, se centran en el aspecto de *disease*. Por otro lado, los normativistas describen estos conceptos como prejuiciosos, poseyendo poca relación con la objetividad científica, pero sí una mayor correspondencia con los valores y las creencias subjetivas (*illness*) y sociales (*sickness*), los cuales han de ser tenidos en cuenta (Saborido y Casado 2010, p. 285).

El autor más importante del naturalismo es Boorse, quien definió la enfermedad como la “*incapacidad para llevar a cabo todas las funciones fisiológicas típicas con, al menos, un nivel típico de eficiencia*” (Boorse 1977, p. 542), mientras que la salud es aquello que se encuentra dentro de unos parámetros normales de una especie, parámetros que corresponden a un diseño. Es debido a esta definición que el naturalismo ha concebido la orientación o la identidad de género como enfermedades (Hofmann 2002, p. 657).

Sin embargo, esta postura está mal fundamentada biológicamente, pues no existen pruebas de uniformidad funcional entre miembros de una misma especie, ya que estos poseen una variedad funcional debido a las diferencias genéticas y el desarrollo de cada organismo. Además, existen individuos ligados al concepto de enfermedad que pueden llegar a gozar de estados de salud más sanos que los individuos “propiaamente” sanos. A pesar de esto, la mayor parte del panorama de salud aún defiende que se han de restablecer los parámetros “normales” en los individuos para definirlos como saludables (Saborido y Casado 2010, p. 286).

En el plano normativo y epistémico, surgen diversos problemas con respecto a la triada. Así, hay ocasiones en que se cumplen los casos de *disease* y *sickness*, pero no de *illness*. Un profesional puede atribuir el carácter de enfermo a un individuo, y ser reconocido

de igual manera por la sociedad, pero el individuo no reconocerse como enfermo, como ocurre, por ejemplo, cuando un individuo posee agnosia sobre su propia depresión, a pesar de estar esta diagnosticada y haber recibido la baja pertinente. Esta misma situación ocurre con respecto a los tres conceptos (Hofmann 2002, p. 659).

Igualmente, los casos en los que se cumple *illness* pero no los otros dos elementos supone un problema epistémico para el profesional, pues debe encontrar una causa del sufrimiento. Asimismo, una persona que sufre tristeza sin ser diagnosticada de depresión no recibirá el apoyo social necesario para paliar o curar su enfermedad.

En el caso anterior, cuando se cumple *disease* y *sickness*, pero no *illness*, nos enfrentamos a la pregunta de cómo se relaciona el paciente con el conocimiento general y qué porcentaje de seguridad hay de que la persona enfermará cuando tengan pruebas científicas de su enfermedad. Normativamente surgen problemas respecto al resultado de las pruebas o a la forma de comunicar la enfermedad al paciente (Hofmann 2002, p. 661).

Por regla general, existen más problemas cuando se cumple sólo un área de la triada que cuando se cumplen dos. Por ejemplo, en el caso de que sólo se cumpla *illness*, el enfermo se enfrenta al reto de convencer al profesional de la salud y a las instituciones de la realidad de su estado.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que, debido a los principios bioéticos, existe una prevalencia de la categoría *illness* frente al resto, ya que es preferible tratar a un individuo a pesar de no haber indicaciones médicas que hacerlo contra su voluntad. Por ende, se le otorga una primacía epistémica y normativa a *illness*, lo que concuerda con el hecho de que hay una tendencia y necesidad actual de dotar de importancia a la experiencia del individuo enfermo.

En el marco de la salud, *disease* y *sickness* limitan las situaciones del *illness*. La triada proporciona un marco para reconocer enfermedades en individuos, así como revela las restricciones de los profesionales para identificar enfermedades. De esta forma, la sociedad adquiere la capacidad para atribuir enfermedades en caso de *illness*. La existencia de *illness* ha de ser tomada en serio tanto por los profesionales como por las instituciones. Sin embargo, la enfermedad ha de ser identificada en los tres aspectos para recibir la ayuda necesaria (Hofmann 2002, pp. 664 - 665).

A pesar de esto, y como ya se ha mencionado en diversas ocasiones, los profesionales poseen autoridad epistémica, lo que provoca, en ciertos casos, un paternalismo médico en el

que profesional no respete los presupuestos normativistas en pos de restablecer los valores “normales” acordes al concepto de salud. Debido a esto, hoy día el debate entre naturalismo y normativismo ha sido sustituido por un debate entre un normativismo fuerte y un normativismo débil. Así, tal como muestran Saborido y Casado (2010, p. 289), el normativismo fuerte considera que *“los conceptos de salud y enfermedad incorporan valores, pero mantiene una confianza naturalista en que podemos distinguir hechos y valores”*. Por contra, el normativismo fuerte *“sospecha de todo intento demarcatorio, pues aduce que no se pueden distinguir hechos y valores, y que los factores socioeconómicos condicionan lo que entendemos por patológico”*.

Para comprender este debate y el papel del paciente, es necesario tomar en cuenta las diversas formas de autonomía de las que disfruta. La autonomía, en términos generales, *“se predica de los individuos, en tanto que actúan en el mundo de forma autorregulada, sin depender de un control o autoridad externos: los agentes son autónomos si sus acciones son verdaderamente propias”* (Etxebarria y Casado 2008, p. 214).

La autonomía se divide en tres grandes categorías. Por un lado, la autonomía constitutiva, la cual se relaciona con los aspectos ontológicos y epistemológicos del individuo autónomo, y que se presenta en dos formas: con respecto a su origen, es decir, cómo surge el ser autónomo, y con respecto a su ejercicio de desarrollo, o la capacidad que posee un individuo de ser autónomo. El naturalismo defiende que todo ser vivo es autónomo en su origen, pues no hay intervención artificial en su creación (Etxebarria y Casado 2008, p. 214).

Por otro lado, la autonomía decisional, que supone la *“mera opción entre alternativas terapéuticas o paliativas, o su consentimiento más o menos informado”* (Saborido y Casado 2010, p. 289). Tradicionalmente, la autonomía decisional es la que ha recibido mayor importancia. Sin embargo, a finales del s. XX la figura del paciente tomó un perfil más sociosanitario, tomando mayor relevancia la autonomía interactiva.

Esta *“refiere a las interacciones entre seres autónomos o de éstos con el entorno”* (Etxebarria y Casado 2008, p. 215). Supone la capacidad del individuo de autorregularse y autocontrolarse. A este grupo, además, se le pueden adscribir la autonomía funcional y la autonomía informacional. La primera supone la capacidad del paciente de manejarse y llevar su propia vida, incluyendo los autocuidados, mientras que la segunda supone la capacidad por parte del paciente de ejercer un control sobre la información que atañe a su estado de salud (Saborido y Casado 2010, p. 290).

La autonomía ha supuesto un cambio radical en la perspectiva sobre cómo debe ser una relación asistencial. Es necesario que esta sea respetada, y es por ello que supone un principio bioético. Debido a la autonomía, actualmente es necesario que el paciente consienta los tratamientos y terapias a los que va a ser sometido, pudiendo un profesional que no cumple estas exigencias enfrentarse a problemas de carácter legal.

El principio de reconocimiento de la autonomía se asienta sobre la noción de valor como un hecho de la vida. Algo posee valor de manera intrínseca, reconociéndose su autonomía constitutiva, o de forma instrumental. Cuando algo posee valor intrínseco se reconoce que este posee un valor con respecto al mundo, de la misma forma en que consideramos que nosotros poseemos valor. En base a ello, se establecen límites morales a nuestras acciones con relación a ese ser. Esto supone una relación de carácter ético entre la autonomía constitutiva y la autonomía interactiva (Etxebarria y Casado 2008, pp. 215 - 216).

Pero, a pesar de esto, el principio de autonomía posee límites, pues no es exclusivo ni excluyente. La autonomía puede ser limitada en caso de ser necesario, como en aquellos casos en donde la vida del paciente está en juego o cuando el paciente puede ser un peligro para otros. Si, por ejemplo, un individuo que sufre un trastorno de esquizofrenia posee brotes psicóticos que pueden conllevar actos violentos a las personas de su entorno, su autonomía habrá de ser limitada en pro de proteger la integridad física del resto, siendo este ingresado en un hospital psiquiátrico hasta que su estado mejore.

4. Conclusión

Como se puede deducir por la extensa información aportada en su apartado correspondiente, se sigue dando una primacía de la corriente biologicista sobre los aspectos fenomenológicos que posee la salud mental. Esto, como es lógico, responde al hecho de que la mayor parte de las investigaciones tradicionales se han centrado en los aspectos más empíricos y científicos de las enfermedades mentales. Sin embargo, se observa una mayor inclusión de los aspectos relativos al paciente y su entorno, lo que responde, tal como expone la APA (2013), a una necesidad debido al cambio producido en la sensibilidad de la comunidad con respecto a los trastornos.

Esto se observa, más notablemente, no sólo en la construcción teórica de la triada *disease*, *sickness* e *illness*, sino en aspectos tales como la inclusión de los factores ambientales y culturales dentro de las características diagnósticas descritas en el DSM -5, la construcción de unos principios bioéticos protegidos por ley que sustentan los derechos y

valores de los enfermos, o como estos valores y experiencias de los individuos que padecen trastornos pueden poseer un peso a la hora de realizar un pronóstico abductivo. Asimismo, el auge de la psicología y del uso de psicoterapias nos indica que la sociedad está respondiendo de forma positiva a esta inclusión fenomenológica dentro de los aspectos clínicos de la salud mental.

Si bien el hecho de que se apunte a un horizonte biopsicosocial se lo debemos de forma directa a las luchas iniciadas por las asociaciones por los derechos de los pacientes, no se puede negar que los primeros en apuntar en esta dirección fueron los detractores de la psiquiatría. A pesar de que la mayoría de los argumentos que sostienen en pro de la no existencia de la enfermedad mental carecen de validez, más hoy día que han desaparecido muchas de las instituciones criticadas, estos autores tomaron en cuenta la experiencia del paciente a la hora de elevar su crítica, indicando la necesidad de insertar la fenomenología dentro del panorama de la salud mental. Sin embargo, no por ello la antipsiquiatría ha de ser tomada como un adalid protector de los pacientes, pues ya se han indicado algunas de las terribles consecuencias que puede conllevar la negación de las enfermedades mentales.

La introducción de los aspectos fenomenológicos no ha traído consigo la eliminación absoluta de las negligencias o actos negativos hacia los enfermos mentales, pero sí ha dado el primer paso en pos de alcanzar un horizonte donde la enfermedad mental no sea una cuestión de “locos” ni un aspecto tabú dentro de la sociedad. El enfoque biopsicosocial ha de ir ganando mayor importancia si se desea avanzar en la relación triádica existente entre enfermos mentales, profesionales y la sociedad. Pero esta importancia no debe traducirse en una preponderancia absoluta, pues los aspectos más científicos no pueden ser dejados de lado, ya que estos nos aportan una información necesaria a la hora de comprender la naturaleza biológica de la enfermedad mental.

Por ende, tanto los aspectos biológicos como fenomenológicos de la enfermedad mental pueden complementarse, no poseen características excluyentes. Gracias a esto, y con las investigaciones apropiadas, quizás algún día seamos capaces de hallar de forma certera los aspectos genéticos, sociales e individuales que provocan la aparición de un trastorno en un individuo e, incluso, ser capaz de curar dicho trastorno gracias a ese conocimiento.

Bibliografía

- American Psychological Association (2020), *Patients with Depression and Anxiety Surge as Psychologists Respond to the Coronavirus Pandemic*, American Psychological Association, Nov. 2020.
- Anderson, D. R. (1986), *The evolution of Peirce's concept of abduction*. Trans. Charles S. Peirce Soc. 22(2), 1986, pp. 145 - 164.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM - 5)*, 5° Ed., Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pp. XLV - 25; pp. 87 - 122; pp. 155 - 188; pp. 809 - 816.
- Aula Angelini, *Afasia sensorial*, Portal psiquiatría.com.
- Ayuso, M. (2014), *La gran batalla que enfrenta a psicólogos y psiquiatras (y qué implica para la salud)*, Portal Alma, corazón y vida, Dic. 5, 2014.
- Barés, C. y Fontaine, M. (2021), *Medical Reasoning in Public Health Emergencies: Below High Standards of Accuracy*, Teorema, vol. XL, nº 1, pp. 151 - 173.
- Benito, E. (s.f.), *Psicólogos prescribiendo*, Portal psicencia.org, sin fecha.
- Berrios, G. E. (1996), *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*, Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1996.
- Boorse, C. (1997), *Health as a Theoretical Concept*, Philosophy of Science 44(4), 1997, pp. 542 - 573.
- Braceland, F. J. (1957), *Kraepelin, his system and his influence*, The American Journal of Psychiatry, vol. 113, Issue 10, Apr. 1957, pp. 871 - 876.
- Chiffi, D. (2021), *Clinical Reasoning: Knowledge, Uncertainty, and Values in Health Care*, Studies in Applied Philosophy, Epistemology and Rational Ethics, vol. 58, pp. 9 - 21; pp. 47 - 58.
- Ching, J., Londoño - McConnell, A., Molitor, N. y Ritz, M. (2012), *Entendiendo la psicoterapia*, American Psychological Association, 2012.
- Cooper, D. (1967), *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Buenos Aires, Ed. Locus Hypocampus, 1976, pp. 7 - 47.
- Cooper, R. (2002a), *Disease. Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 33: pp. 263 - 282.
- Cooper, R. (2007), *Psychiatry and philosophy of science*, Stockfield, Ed. Acumen, 2007, pp. 1 - 27.

- Crespo - Facorro, B. (2017), *Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking*, Revista de Psiquiatría y Salud Mental, vol 10, nº 1, Enero - Marzo 2017, pp. 4 - 20.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2012), *Psicofármacos: drogas y adicciones*, Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2012.
- Etxebarria, A. y Casado, A. (2008), *Autonomía, vida y bioética*, Ludus Vitalis, vol. 17, nº 30, 2008, pp. 213 - 216.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) (2003), *Psicología clínica y psiquiatría*, Papeles del Psicólogo, vol. 24(85), 2003.
- Foucault, M. (1963), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Ed. Siglo XXI, 2001, pp. 1 - 41.
- Foucault, M. (1964), *Historia de la locura en la época clásica*, Colombia, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1998.
- Foucault, M. y Chomsky, N. (1974), *La naturaleza humana: justicia vs poder. Un debate*, Buenos Aires, Ed. Katz, 2006.
- Frances, A. (2010), *Opening Pandora's box: the 19 worst suggestions for DSM5*. Psychiatric Times. 2010; 27(2), Traducido por Gabriel Vulpara.
- Frankfurt, H. (1958), *Peirce's notion of abduction*, J. Philos. 55, 1958, pp. 593 - 596.
- Gabbay, D. y Woods, J. (2005), *The Reach of Abduction: Insights and Trial*, Amsterdam, North Holland, 2005.
- Galán, R. (2015), *Las cifras de la depresión*, Madrid, Rev. EFE, Oct. 1, 2015.
- Gettier, E. (1963), *Is Justified True Belief Knowledge?*, Analysis, vol. 23, Jun. 1963, pp. 121 - 123.
- Goffman, E. (1961), *Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 2001, pp. 319 - 378.
- Goldman, A. I. (1976), *Discrimination and Perceptual Knowledge*, The Journal of Philosophy, Vol. 73, no. 20, Nov. 18, 1976, pp. 771 - 791.
- Hofmann, B. (2002), *On the Triad Disease, Illness and Sickness*, Journal of Medicine and Philosophy, vol. 27, nº. 6, 2002, pp. 651 - 673.
- J.A. Ramos-Quiroga, C. Sánchez-Mora, M. Corominas, I. Martínez, V. Barrau, L. Prats, M. Casas, M. Ribasés (2014), *Factores neurotróficos y su trascendencia en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad*, Rev. Neurología, vol. 58, Feb. 24, 2014.

- Laing, R. D. (1967), *Las políticas de la experiencia. El ave del paraíso*, Barcelona, Ed. Crítica, 1977.
- Ma, M. y Pietarinen, A. V. (2018), *Let us investigate! Dynamic conjecture-making as the formal logic of abduction*, J. Philos. Logic 47(6), 2018, pp. 913 - 945.
- Magnani, L. (2015), *The eco-cognitive model of abduction: Απαγωγή now: Naturalizing the logic of abduction*, Journal of Applied Logic, vol. 13, no. 3, 2015, pp. 285 -315.
- Martín, B. (2018), *Los antidepresivos funcionan, según el mayor estudio sobre su eficacia*, El País, Feb. 26, 2018.
- Medina, M. A. (2019), *Dar visibilidad a los problemas mentales para prevenir el suicidio*, Madrid, El País, Oct. 30, 2019.
- Millon, T. y Klerman, G. L. (1986). *Contemporary directions in psychopathology*. Nueva York: Guilford Press, 1986.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019), *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017*, Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019, pp. 34 - 37.
- Ministerio de Sanidad (2021), *Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*, BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid, Ministerio de Sanidad, 2021, pp. 60 - 62.
- Murri, A. (1972), *Quattro lezioni e una perizia. Il problema del metodo in medicina e biologia*. Zanichelli, Bologna, 1972.
- Nordenfelt, L. (1987), *On the nature of health*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1987.
- Nordenfelt, L. (1994). *On the disease, illness and sickness distinction: A commentary on Andrew Twaddle's system of concepts*, extraído de: A. Twaddle & L. Nordenfelt (Eds.), *Disease, Illness and Sickness: Three central concepts in the theory of health*, Linköping: Studies on Health and Society, 18, 1994, pp. 19 - 36.
- Peirce, C. S. (1931): *Collected Papers*, vol. V. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1931. Citado como CP seguido del volumen y el número de párrafo.
- Peña, L. (1984), *Tres enfoques en lógica paraconsistente (II)*, Universidad de León, Contextos II/3, 1984, pp. 81 - 130.
- Quiroga de Michelena, M. I. (2001), *Genética de las enfermedades mentales*, Revista de neuropsiquiatría, vol. 64, no. 3, Sept. 2001, pp. 199 - 204.

- Real Academia Nacional de Medicina (2012), *Signo*, Visto el 25 de agosto de 2021.
- Real Academia Nacional de Medicina (2012), *Síntoma*, Visto el 25 de agosto de 2021.
- Real Academia Nacional de Medicina (2012), *Bioética*, Visto el 30 de agosto de 2021.
- Reisman, J. M. (1991), *A history of clinical psychology*, Nueva York, Hemisphere Publishing Corporation, 1991.
- Saborido, C. y Casado, A., (2010), *Cultura bioética y conceptos de enfermedad: el caso House*, ISEGORÍA, nº 42, Enero - Junio 2010, pp. 279 - 295.
- Stanley, D. E. y Campos, D. G. (2016), *Selecting clinical diagnoses: logical strategies informed by experience*, J. Eval. Clin. Pract. 22(4), 2016, pp. 588 - 597.
- Szasz, T., (1961), *El mito de la enfermedad mental*, Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1994.
- Telemania.es (2018), *12 meses de visibilidad a las enfermedades mentales*, Portal Mediaset España, Oct. 9, 2018.
- Twaddle, A. (1994a), *Disease, illness and sickness*, extraído de A. Twaddle y L. Nordenfelt. (Eds.) *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health*, Linköping: Studies on Health and Society, 18, 1994, pp. 1 - 18.
- Upshur, R. (1997), *Certainty, probability and abduction: why we should look to CS Peirce rather than Gödel for a theory of clinical reasoning*. J. Eval. Clin. Pract. 3(3), 1997, pp. 201 - 206.
- Villa, B. (2017), *El escalofriante exorcismo de Anneliese Michel, la verdadera Emily Rose*, Portal Biobiochile.cl, Ag. 6, 2017.
- Walton, D. (2004), *Abductive Reasoning*, University of Alabama Press, Tuscaloosa, 2004.
- Wikipedia: Neurodiversidad, Visto el 4 de julio de 2021 (<https://es.wikipedia.org/wiki/Neurodiversidad>).
- Wikipedia: Eje hipotalámico - hipofisario - adrenal, Visto el 6 de julio de 2021, (https://es.wikipedia.org/wiki/Eje_hipot%C3%A1mico-hipofisario-adrenal).
- Wikipedia: Citocina, Visto el 7 de julio de 2021 (<https://es.wikipedia.org/wiki/Citoquina>)
- Woods, J. (2013), *Errors of Reasoning. Naturalizing the Logic of Inference*, London, College Publications, 2013.