

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MÁSTER EN FILOSOFÍA Y CULTURA MODERNA

ENFERMEDAD MENTAL.

PROBLEMAS FILOSÓFICOS

Alumna

Carlota Emilia Caballero Santos

Tutorizado por

Cristina Barés Gómez Ángel Nepomuceno Fernández

Sevilla, 2020

UNIVERSIDAD DE SEVILLA



ÍNDICE

Introducción	5
Capítulo 1: Aproximaciones a los conceptos de salud y enfermedad	8
1.1 Objetivismo (naturalismo)	9
1.2 Normativismo	11
1.3 Acerca del bienestar y la salud	17
1.4 Acerca de la habilidad y la discapacidad	19
1.4.1 Discapacidad y enfermedad mental.....	24
1.5 ¿Cómo definir la salud y la enfermedad mental?	28
1.5.1 Perspectiva cultural y conceptualización de la salud y la enfermedad.....	36
Capítulo 2: Aproximaciones a la problemática mental	40
2.1 Perspectivas clásicas: dualismo cartesiano y materialismo	40
2.2 Más allá de la visión clásica	44
2.3 Los sujetos encarnados (embodied)	48
Capítulo 3: Diagnóstico y clasificación psiquiátrica: problemas filosóficos	53
3.1 Diagnóstico y categorías psiquiátricas	55
3.2 Crisis de validez de la Psiquiatría: propuesta del Research Domain Criteria (RdoC)	57
Capítulo 4: Embodied cognition	62
4.1 Cognición social y embodied cognition	63
4.2 Embodied cognition y enfermedad mental	65
4.2.1 Modelo circular de la enfermedad mental.....	67

4.2.2 Desencarnación en la esquizofrenia e hiperencarnación en la depresión.....	70
Capítulo 5: Conclusiones.....	74
Bibliografía.....	77

Resumen: Se expondrá el debate existente entre las visiones objetivistas (naturalistas) y normativistas (constructivistas) en relación a las teorías modernas que versan acerca de los conceptos de salud y enfermedad. En conexión con esto, se mostrarán las ambigüedades inherentes a nociones tales como bienestar, habilidad y discapacidad, así como a la definición de salud y enfermedad mental.

Por otro lado, serán descritas las principales perspectivas filosóficas en lo que a la relación entre lo mental y lo corporal -más concretamente, lo cerebral- refiere, cuya importancia para la problemática de la enfermedad mental se hace evidente.

Así mismo, serán analizadas las contrariedades presentes en el diagnóstico y las nosologías psiquiátricas, lo que ha desembocado en el surgimiento de una nueva propuesta de diagnóstico (RDoC) dentro de la Psiquiatría biomédica.

Finalmente, se examinará cómo la renovación de los presupuestos instaurados por la tradición fenomenológica merleau-pontiana y que toma forma en el desarrollo de las ciencias cognitivas, particularmente en la perspectiva de la cognición encarnada (embodied cognition), está experimentando un importante auge en tiempos recientes, irrumpiendo con gran fuerza en el panorama científico, donde todo apunta a que alcanzará importantes avances en los próximos años. La cognición encarnada se nos presenta así como una perspectiva alternativa harto alentadora tanto para el corpus teórico como para la praxis médica en torno a las enfermedades mentales.

Palabras claves: salud, enfermedad mental, mente, cuerpo, cognición encarnada.

Abstract: It will be exposed the current debate between objectivist accounts (naturalists) and normativist accounts (constructivists) related to modern theories about health and disease. In that connection, it will be shown the inherent ambiguity in some concepts such as well-being, ability and disability, as well as the definition of health and mental illness.

Furthermore, it will be outlined the main philosophical perspectives linked to the relationship between the mental and the physical (specifically the cerebral). Here, it is evident their importance for the issue of mental illness.

Moreover, it will be analysed the inconsistencies in the diagnosis and the psychiatric nosologies. This has lead to the occurrence of a new diagnosis proposal (RDoC) in the Biomedical Psychiatry.

Lastly, it will be studied how the renewal of the premises installed by the Merleau-Ponty phenomenological tradition which takes shape in the development of cognitive sciences, particularly in the embodied cognition, is flourishing nowadays and having a growing impact on Science. It is thought to have substantial progress in coming years. Embodied cognition appears to be an alternative perspective regarding mental illness for both theoretical corpus and medical practice.

Key words: health, mental illness, mind, body, embodied cognition.

Introducción

El fenómeno de la llamada enfermedad mental constituye uno de los campos de estudio que más controversias continúa suscitando tanto desde el campo de la Medicina, en general, y de la Psiquiatría, en particular, como desde la Filosofía, la Psicología y la Antropología, entre otras disciplinas. Las incógnitas que alberga hacen que sea un objeto de estudio sobre el cual falta aún mucha luz por arrojar, cuyas múltiples dimensiones hacen que la interdisciplinariedad se erija como una exigencia omnipresente. Es por ello que los aportes de la Filosofía de la medicina entrañan todo un abanico de conocimientos que posibilitan una mayor profundización en aquellos conceptos básicos así como problemas epistemológicos y metodológicos en la Medicina, los cuales subyacen así mismo a numerosos debates en lo que a la enfermedad mental en concreto refiere.

En este sentido, considero que una aproximación a los problemas filosóficos consustanciales al estudio de la enfermedad mental adquiere una gran relevancia en un momento donde la controversia asoma en el ámbito de la salud mental, que no es más que el reflejo de las contradicciones sobre las que se ha erigido la Psiquiatría biomédica. Consecuentemente, los recelos hacia distintos aspectos que confluyen en la conceptualización misma de la enfermedad mental toman en la actualidad una posición central en la agenda misma de las políticas médicas. Es este el motivo principal que me ha alentado a desarrollar un trabajo fin de máster de esta índole.

Así mismo, como se esbozará en la última parte del trabajo, la perspectiva de la cognición encarnada (*embodied cognition*) -y, por ende, las aportaciones de la Filosofía a este respecto- deviene, a mi juicio, como una propuesta harto interesante en pos de una transformación de las praxis en salud mental, por lo que el desarrollo más profundo de sus investigaciones y formulaciones constituyen un elemento fundamental en la lucha por una transformación a mejor en estas prácticas.

Mi interés por el estudio de la enfermedad mental podríamos decir que se remonta a mi trabajo de fin de grado de Antropología, cuyo eje conductor fue el sufrimiento mental en el marco del paradigma biomédico. Sin embargo, mi contacto con la Filosofía a lo largo de este curso, me ha permitido dirigir la mirada hacia la problemática mental ahondando y reflexionando sobre nociones y aspectos hasta el momento desconocidos para mí.

Dado que mi trabajo es eminentemente bibliográfico, cabría señalar que he llevado a cabo primordialmente una revisión bibliográfica de manuales así como de artículos científicos enmarcados dentro de la Filosofía de la medicina. Además de esta bibliografía esencialmente filosófica de la que he hecho uso, también he efectuado una movilización de recursos bibliográficos procedentes de distintas disciplinas como la Medicina (Psiquiatría fundamentalmente), las Neurociencias, la Antropología Médica (Crítica), la Historia y la Psicología Social.

En el transcurso del presente trabajo, los objetivos planteados han sido los siguientes. Por un lado, evidenciar las controversias existentes dentro de la Filosofía de la medicina a propósito de la conceptualización de la salud y la enfermedad, así como de toda una suerte de nociones relativas a estas y, por ende, poner de manifiesto aquellos debates más relevantes en cuanto a los conceptos de salud y enfermedad mental respecta. En este sentido, las teorías objetivistas (naturalistas), por una parte, y las normativistas (constructivistas), por otra, se erigirán como las principales protagonistas y cuya distinción, no obstante, se ha llevado a cabo con fines analíticos, sin que ello conlleve, por supuesto, su fácil discernimiento en la práctica. Así mismo, se expondrán las principales perspectivas filosóficas en lo que a la relación entre lo mental y lo corporal - más concretamente, lo cerebral- refiere, cuya importancia para la problemática de la enfermedad mental se hace evidente.

Por otro lado, se ha pretendido mostrar las contrariedades presentes en el diagnóstico y las nosologías psiquiátricas, lo que ha desembocado en una especie de crisis en el seno de la Psiquiatría biomédica, que no es más que el reflejo de las múltiples debilidades que alberga desde su entronizamiento como paradigma privilegiado en el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales en las sociedades occidentales.

Por todo ello, se pondrá de manifiesto cómo la enfermedad mental deviene como un polémico campo de estudio sobre el que aún falta mucha luz por arrojar. No obstante, como bien se expondrá sobre todo en la última parte del trabajo, el emergente paradigma de la cognición encarnada (embodied cognition) se erigirá, en este sentido, como una perspectiva alternativa preñada de expectativas en aras de una mayor profundización en los enigmas que abraza el fenómeno de la enfermedad mental.

Siguiendo estos objetivos, en una primera parte, como ya he indicado, se mostrarán las visiones objetivistas y construccionistas de la ciencia, desembocando, en efecto, en unas u otras posturas en relación a las teorías modernas que versan acerca de los conceptos de salud y enfermedad. Asimismo, serán tratadas las nociones de bienestar, habilidad y discapacidad relacionadas con la definición de salud y enfermedad mental.

Tras ello, llegaremos a las distintas perspectivas más destacadas que han analizado la relación entre lo mental y lo corporal (cerebral). Partiendo de las perspectivas clásicas y pasando por el enfoque antimaterialista, llegaremos a la concepción merleau-pontiana de los sujetos encarnados (embodied). Posteriormente, veremos cómo las polémicas latentes alrededor del diagnóstico y de las categorías psiquiátricas han desembocado en el surgimiento de una nueva propuesta de diagnóstico (RDoC) dentro de la Psiquiatría hegemónica.

Finalmente, se examinará cómo la renovación de los presupuestos instaurados por la tradición fenomenológica y que toma forma en el desarrollo de las ciencias cognitivas, particularmente en la perspectiva de la cognición encarnada, está experimentando un importante auge en tiempos recientes, irrumpiendo con gran fuerza en el panorama científico, donde todo apunta a que alcanzará importantes avances en los años venideros tanto para el corpus teórico como para la praxis médica en torno a las enfermedades mentales.

1. Aproximaciones a los conceptos de salud y enfermedad

La importancia de indagar en la naturaleza última de los conceptos de salud y enfermedad radica en las consecuencias teóricas pero, sobre todo, prácticas que comportan. Tales conceptos pueden ser interpretados desde el prisma de la condición humana en cuanto materialización en un cuerpo anatomofisiológico, al tiempo que se puede trascender esta noción y concebirlos, en suma, como un fenómeno de índole existencial, en cuanto fenómeno que atañe a la vida del ser humano en un sentido holístico.

La forma en la que comprendamos la salud y la enfermedad será determinante en los *modus operandi* de aquellas personas encargadas de dar vida a la profesión médica y cuyos efectos repercuten en cada uno de nosotros, deviniendo de este modo la Filosofía de la medicina como un campo esencial sobre el que la reflexión debe permanecer en todo momento lo más viva posible.

Cabría señalar que los conceptos de salud y enfermedad no deben ser comprendidos como un binomio radicalmente antagónico, ya que pese a que es cierto que pueden darse estados de enfermedad graves -extremos- así como de salud, normalmente nos hallamos en un vaivén constante entre unos y otros estados, dependiendo de múltiples circunstancias. Por ello, exploraremos ambas nociones como conceptos analíticos, a pesar de que la mayoría de las veces lo que realmente se dan son estadios intermedios, siendo necesario pensarlas de forma procesual, como un continuum. Esto es lo que se conoce como una especie de latitud en la idea de salud.

Ahora bien, adentrarnos en los conceptos de salud y enfermedad desde el punto de vista filosófico, conlleva en primer lugar afirmar que se dan, por un lado, una suerte de juicios empíricos a propósito de la fisiología humana y, por otro, unos juicios normativos que guardarían relación con el comportamiento así como con el bienestar humano (Bloomfield 2001, Boorse 1975, Ereshefsky 2009, Culver y Gert 1982, Thagard 1999, citado en Murphy, 2015: 2). Ahora bien, aquí cabría preguntarnos: ¿son también, y en qué medida, normativos los juicios que llevamos a cabo sobre nuestra biología?

Es esta cuestión fundamental la que nos da la clave en aras de comprender el debate existente entre las visiones objetivistas y construccionistas de la ciencia, desembocando,

consecuentemente, en unas u otras posturas en relación a las teorías modernas que versan acerca de los conceptos de salud y enfermedad.

1.1 Objetivismo (naturalismo)

En el seno de los objetivistas, nos encontramos a C. Boorse como su máximo exponente. Este autor, cuyo objetivismo ha sido denominado naturalismo, desarrollará su Teoría Bioestadística de la Salud (Bio-Statistical Theory) a través de la que defenderá el concepto de salud de forma negativa, esto es, como la ausencia de enfermedad. Para este, se puede determinar de forma completamente objetiva un fallo en la fisiología de cualquier ser vivo, pudiendo darse en este tanto funciones normales biológicas como disfunciones, es decir, la presencia de anomalías biológicas en el organismo. El núcleo del enfoque de Boorse lo constituye pues una concepción completamente biológica de la enfermedad, en el sentido de normalidad (salud)-anormalidad (enfermedad) bioestadística¹. Su teoría se halla atravesada constantemente por la fisiología; no obstante, él asume la idea de que un individuo concreto puede hallarse enfermo tanto de forma objetiva (disease) como subjetiva (illness)². En cuanto salud y enfermedad refieran a la biología, constituirían conceptos empíricos y, en efecto, susceptibles de ser descritos de forma rotundamente objetiva.

Se puede observar como para Boorse la definición de patología necesita, a priori, de una definición de lo que es salud o normalidad en el organismo. Hay algo que se daría de

¹ Respecto a la definición estadística de Boorse (1997), Bolton (2008, citado en Radden, 2019: 14) apuntará a la vulnerabilidad de esta, en la que la función normal se determinaría de acuerdo con la clase de referencia de la persona -identificada por criterios como la edad y el sexo-, y en donde uno de los puntos débiles recaería en que la asignación de la clase de referencia adecuada supone inexorablemente un proceso que abarca la inclusión de valores. Así mismo, la afirmación boorsiana sobre la existencia de distintos puntos representados en una curva de distribución continua en la que a la desviación de la media se le otorga el estado de disfuncional, constituiría una evaluación que también involucraría juicios normativos.

² Convendría señalar, sin embargo, que entendemos ambas como formas no independientes de hallarse un individuo enfermo. En tanto que devienen como dos manifestaciones del problema biológico, una supondría el problema biológico como tal, así como la otra constituiría el reflejo subjetivo de dicho problema, esto es, que la forma objetiva duele y, por tanto, no es deseada.

forma natural en el organismo y es, precisamente eso, lo que conformaría la esencia de ese funcionamiento normal en la fisiología de la mayoría de seres vivos. La enfermedad deviene como algo que entorpece el estado (biofisiológico) normal, impidiendo que las funciones del organismos continúen comportándose de una forma sana.

En suma, dirá Boorse que *“Health in a member of the reference class is normal functionality: the readiness of each internal part to perform all its normal functions on typical occasions with at least typical efficiency”* (Boorse, 1977: 562, citado en Aurenque y Jaran, 2018: 167).

En cuanto al interrogante conceptual acerca de la determinación de si algunas personas o condiciones son patológicas, desde la perspectiva naturalista se manifestará que ciertos individuos están peor -mal- debido a un tipo especial de proceso causal, es decir, a una alteración de la función física o psicológica considerada normal. Así pues, es ese juicio causal el que constituye la prioridad conceptual (Murphy, 2015: 7)³.

Hay un apunte importante que conviene hacer con respecto a la prioridad conceptual que otorgan los autores naturalistas y que se imbrica con el interrogante de cómo debe ser pensada la condición de una persona sobre la cual ha recaído la afirmación de un mal funcionamiento de su sistema biológico⁴. Pese a que se afirma que el mal funcionamiento biológico es condición inapelable para proclamar la existencia de una enfermedad, consideran que esta constituye un fenómeno que va más allá. A este respecto, la mayoría

³ Sin embargo, un ejemplo que pondría en tela de juicio la tesis boorsiana sería el caso de la talasemia, la cual constituye una anemia congénita que en algunas poblaciones resulta muy frecuente. Ciertos estudios han demostrado que esta prevalencia fue beneficiosa para la población dado que las protege de la malaria. Por tanto, siendo la talasemia un problema fisiológico, ha contribuido en cambio a un buen funcionamiento en ciertas regiones donde la malaria es endémica. Para más información, véase: Wambua, S., Mwangi, T. W., Kortok, M., Uyoga, S. M., Macharia, A. W., Mwacharo, J. K., Weatherall, D. J., Snow, R. W., Marsh, K. and Williams, T. N. (2006). The Effect of a Thalassaemia on the Incidence of Malaria and Other Diseases in Children Living on the Coast of Kenya. *Plos Medicine*, 3(5): 158.

⁴ Con respecto al buen o el mal funcionamiento, y pese a la postura de una parte de los teóricos naturalistas, en el terreno científico se da una opinión ampliamente compartida acerca de que todos y cada uno de los conceptos de función que sean desarrollados, son intrínsecamente normativos, debido a que son teleológicos (refieren a relaciones causales en los sistemas fisiobiológicos). Por ende, de dicha enunciación se desprende que las afirmaciones sobre el funcionamiento correcto, normal, natural y el mal funcionamiento, revelarían que los fundamentos de la Medicina son constituidos mediante consideraciones normativas, en lugar de ser puramente científicos.

de naturalistas consideran dos etapas (Murphy, 2006, citado en Murphy, 2015: 8): la primera consistiría en el acuerdo de la presencia de un funcionamiento biológico anormal⁵, mientras que en la segunda se llevaría a cabo un juicio, esta vez normativo, en relación a si ese mal funcionamiento está generando un sufrimiento específico en la persona, es decir, juicios de valor sobre los efectos de las causas (antecedentes causales de tipo incorrecto). No obstante, estas dos etapas deben ser consideradas en un orden de prioridad conceptual. Por contra, para los constructivistas, los juicios normativos sobre la enfermedad sí que poseen esa prioridad conceptual.

1.2 Normativismo

Si ponemos el foco ahora sobre la corriente normativista, será L. Nordenfelt (1995) su principal representante, cuya Teoría Holística (Holistic Theory of Health) será una defensa del concepto positivo de salud. A diferencia de la postura expuesta por Boorse, para quien el diagnóstico médico se basa fundamentalmente en los datos empíricos y, por consiguiente, siendo expresada la salud mediante conceptos positivos que representarían

⁵ El abordaje de cómo determinar qué constituye exactamente un funcionamiento normal o anormal de los sistemas biológicos ha estado y continúa estando sometido a todo un enrevesado debate -tanto fuera como dentro de las propias corrientes naturalistas-, por lo que se hace bastante complejo el llegar a un acuerdo común ciertamente satisfactorio para todas las partes. En este sentido, Boorse (1977, 1997, citado en Murphy, 2015: 12) asegurará que, dentro de los conceptos pertinentes a la biomedicina, la normalidad es una noción estadística, implicando que los elementos se entenderían en base a una clase que funciona como referente. Sin embargo, Wachbroit (1994: 588, citado en Murphy, 2015: 12) argumentará que el papel de la normalidad en fisiología es similar al papel que desempeñan los estados puros o las entidades ideales en las teorías físicas. Por lo tanto, cuando decimos que un órgano o un sistema fisiobiológico es normal -o funciona de manera normal-, lo que estamos haciendo es emplear un concepto biomédico de normalidad que, en el fondo, es una descripción idealizada de un componente o de un sistema biológico en un estado no perturbado y que, en última instancia, nunca puede lograrse, de hecho, en sistemas reales. Podemos contemplar pues, como este último autor asevera que la normalidad médica deviene como una idealización que no se hallaría relacionada con la normalidad estadística. En conexión con esto y según Schwartz (2007: 14), la ausencia de un significado técnico para "enfermedad" puede verse en los múltiples desacuerdos acalorados entre los expertos con respecto a distintas problemáticas que les ocupan; de hecho, dirá, es dicha carencia de un significado comúnmente aceptado para "enfermedad" así como para "función" uno de los puntos fundamentales que atrae el interés de los filósofos en estas áreas y que, por tanto escenifica los problemas inherentes a estos análisis conceptuales.

estados que son cuantificables y localizables en los organismos; para Nordenfelt en cambio, la salud no consiste únicamente en esos datos susceptibles de ser perfectamente cuantificados, dado que la misma no escapa nunca a múltiples valoraciones subjetivas. Podemos contemplar así como Boorse abogará por un diagnóstico anatomofisiológico, mientras que Nordenfelt será un férreo defensor del diagnóstico holístico.

La salud entendida como noción positiva no estaría únicamente caracterizada por la ausencia de enfermedad, sino que requeriría de algo más, no siendo suficiente con una carencia de unos síntomas reflejos de alguna enfermedad determinada. Es algo que se aproxima al concepto de calidad de vida, de un bienestar vital general en el sujeto, siendo este concepto de salud más susceptible de distintas interpretaciones en base a juicios normativos que el concepto negativo de salud (en un sentido más estrictamente de deterioro o anomalía física).

Esta aproximación a la salud que se identifica con un sentirse bien, tanto física como mentalmente, además de experimentar unas relaciones sociales saludables, es precisamente la que se manifiesta en la ya conocida definición de salud que la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboraría casi a mitad del siglo pasado⁶. No obstante, esta forma de concebir la salud se acerca más a un ideal antes que a una realidad que ciertamente se da en los seres humanos.

La forma de entender los procesos de salud y enfermedad por parte de las corrientes normativistas se centra en la negación de la existencia de un supuesto conjunto natural de disfunciones en los seres humanos que pueda ser identificables de forma completamente objetiva y las cuales sean las causantes de múltiples enfermedades. Para estos teóricos, los procesos que tienen lugar en el organismo no tienen en sí un mal funcionamiento objetivo, sino que el hecho de afirmar que una enfermedad se corresponde con una desviación del normal funcionamiento se basa en una concepción compartida -sobre todo, cultural- acerca de la naturaleza humana (Murphy, 2015: 3).

Retornando a Nordenfelt, nos dirá a propósito de la salud: *“Disability is a negative notion presupposing the semantic content of its positive contrary, ability. This gives the analysis*

⁶ La OMS definió la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

of ability a primary place in my theory of health'' (2001: 67, citado en Aurenque y Jaran, 2018: 168). Para el autor, la habilidad o capacidad deviene el eje nuclear a la hora de analizar cualquier fenómeno que guarde relación con la salud, y en donde dicha habilidad será un componente esencial en aras de que un sujeto en cuestión pueda alcanzar una metas vitales, estando el contenido de estas determinado subjetivamente en función de cada cual. Por añadidura, en consonancia con el hecho de que la habilidad es la que posibilita la consecución de tales metas vitales, Nordenfelt hará uso, como algo central en su teoría, del concepto de impedimento.

Ahora bien, del mismo modo que el autor relaciona la habilidad con el logro de metas vitales, estas últimas también deben generar un bienestar vital en el sujeto y, por tanto, devenir en un estado saludable para el mismo, en una especie de buen vivir. Por otro lado, a propósito de la enfermedad dirá: *''My basic idea is that the notion of illness when it comes to humans has its basis in the existence of a perceived problem''* (2007: 6, citado en Aurenque y Jaran, 2018: 168). Aquí podemos ver cómo identifica la enfermedad con el hecho de que los seres humanos poseemos la capacidad de percibir y de reconocer un determinado estado, una situación como problemática. Así mismo, al definir enfermedad pone el foco sobre los humanos, mientras que Boorse referirá a los seres vivos en general. En consonancia con estas ideas de habilidad y metas de Nordenfelt, nos encontramos con la interpretación del equilibrio o balance en la concepción de salud positiva de I. Pörn (1993), para quien dicho equilibrio guarda relación directa con las habilidades de una persona y sus objetivos (metas vitales en terminología de Nordenfelt). Pörn afirmará que una persona se encontrará en un estado saludable si se da un equilibrio entre sus habilidades y objetivos, de modo que, en efecto, estos pueden ser alcanzados.

Dicha idea de salud como balance o equilibrio ha sido analizada tanto en la tradición occidental como en las no occidentales (tradición de Ayurveda) desde la antigüedad. En la occidental la encontramos desde Hipócrates (teoría de los cuatro humores) y Galeno así como en la recuperación de dichas ideas en el medievo. Ideas que fueron estudiadas de forma analítica abrazando la noción de salud como un equilibrio entre distintas funciones corporales y mentales humanas. Así mismo, estas ideas han tenido una repercusión importante en la Modernidad occidental, destacando la teoría homeostática desarrollada por W. Cannon (1932, citado en Nordenfelt, 2017: 33).

Nordenfelt, señalará que el mismo Galeno concedió un status holístico a la salud en cuanto a la persona refiere: ``*Health is a state in which we neither suffer from evil nor are prevented from the functions of daily life*'' (Temkin, 1963: 637, citado en Nordenfelt, 2017: 33). Dicha afirmación concede una importancia nuclear para afirmar la salud (equilibrio corporal y mental) por un lado, al hecho de no sentir malestar y, por ende, la necesidad de un bienestar en el individuo. Por otro lado, devendría también como requisito indispensable la existencia de la habilidad, de la capacidad de la que venimos hablando para realizarse en la cotidianeidad, en el sentido de ciertos aspectos que son primordiales para dicha persona. Podemos contemplar cómo este planteamiento de Galeno, en relación a la idea de habilidad, es tomado por Nordenfelt en su teoría holística sobre la salud. Son, de hecho, tanto habilidad o capacidad como el bienestar dos componentes centrales en las reflexiones filosóficas sobre la salud. Por ello, profundizaremos en ambas más adelante.

Hemos podido ver pues, cómo frente a una postura naturalista que conceptualiza la salud de manera negativa (carencia de enfermedad) y que se circunscribe a una materialización en el cuerpo anatomobiológico, nos topamos con una manera más compleja y profunda de pensarla, tomando forma en las teorías normativistas que arrancan de una perspectiva holística y positiva sobre la salud.

Por otra parte, en la lengua anglosajona encontramos una distinción entre lo que es establecido como *disease* y como *illness*. Por su parte, la *disease* haría referencia a la disfunción biológica en sí misma de la enfermedad. La patología que toma una forma concreta, esto es, a las dimensiones propiamente biológicas y psicobiológicas y, por tanto, a la base orgánica que la constituye.

Sin embargo, la *illness* haría referencia a la aflicción, al sufrimiento, al dolor que experimentamos como personas como consecuencia de la vivencia de la enfermedad. De este modo, es concebida como algo que trasciende la mera dimensión de la disfunción anatomofisiológica, dado que abarca muchas otras dimensiones. Según mi criterio, considero que esta doble conceptualización se halla en consonancia al concepto positivo de salud, pese a que haga hincapié en la noción de enfermedad. Ello es así ya que, al igual que la salud en positivo pretende ir más allá de la mera ausencia de enfermedad en el individuo en cuestión, estas dos nociones de enfermedad -que, en última instancia, hacen referencia a una doble dimensión de la misma- buscan concebirla trascendiendo la idea

de que únicamente se da una presencia de una disfunción biológica, abarcando mucho más. La idea de enfermedad no puede quedar reducida a la ausencia de un estado saludable en nuestra anatomofisiología.

Hay una perspectiva que, a mi parecer, es interesante de mostrar, la cual refiere particularmente al concepto de enfermedad. Esta es defendida por ciertos autores, como por ejemplo Schwartz (2007), según la cual se discute si hay o no una definición de enfermedad dentro de las disciplinas biomédicas, que sea realmente coherente y satisfactoria y, por tanto, que sea susceptible de analizar. De acuerdo con este autor, en las ciencias biomédicas no se da, de hecho, una noción compartida que sea lo suficientemente esclarecedora; por lo que su propuesta se centra en la introducción de nuevos conceptos de enfermedad los cuales estarían, no obstante, conectados al uso existente pero sin estar sujetos de forma inamovible a él. Los conceptos así introducidos pueden ser operativos, eficaces en algunos conceptos, sin embargo, en otros pueden no serlo, al tiempo que en función de las circunstancias que se den en cada caso en la práctica médica y de cuyos fines médicos se trate, se hará menester el uso de diferentes conceptos de la enfermedad (Murphy, 2015: 4). En esta misma línea argumentativa también nos encontramos con Hesslow (1993, citado en Murphy, 2015: 4), quien debilitará la importancia que históricamente habría subyacido al concepto de enfermedad, alegando que constituyen entidades teóricas carentes de algún interés real en la disciplina médica, así como restándole trascendencia en lo que a las decisiones clínicas respecta. Según Hesslow (Ibid.), tales decisiones no dependen, en suma, de un juicio claro acerca de la enfermedad puesto que se centran en cómo propiciar la mejora del paciente⁷.

Sin embargo, otras visiones reafirman la insoslayable importancia del concepto de enfermedad. Lange (2007, citado en Murphy, 2015: 5), mediante un enfoque naturalista de la enfermedad entendiéndola como tipos naturales, le otorgará a la misma un papel nuclear a la hora de interpretar y explicar los síntomas del sujeto. El argumento del que hará uso para justificar su afirmación es que dicha función explicativa acontecería como

⁷ Aquí nos referiríamos a lo que es la ciencia médica como tal de una forma más amplia que el concepto de enfermedad, en tanto que dicho concepto puede estar en función de la ciencia médica, y no al revés. Esta concepción de la ciencia médica viene de las ideas de C. Bernard, quien la considera un conjunto que abarca la fisiología, patología y terapéutica (Bernard, 1966: 25-26).

propia, en otros campos de la ciencia, de los tipos naturales; siendo las enfermedades tipos naturales de incapacidades⁸.

Uno de los ejes conductores central de las perspectivas constructivistas lo constituye la afirmación de que desde las visiones dominantes en la biomedicina -y que se aproximan, en suma, a visiones objetivistas- tanto el corpus teórico como la praxis, se basan en una búsqueda por detectar los acontecimientos biológicos que cimienten los juicios sobre las enfermedades; donde, por añadidura, tal indagación se lleva a cabo de manera completamente selectiva y fundamentada en una suerte de condenas efectuadas a priori con respecto a ciertos individuos. En este sentido, los constructivistas hacen especial énfasis en la Psiquiatría biomédica, afirmando con contundencia que su investigación nunca es desinteresada -en el sentido de libre de valores-, sino que se halla determinada por valores y normas sociales.

Con todo, autores como T. Szasz, quien en dos de sus obras más conocidas, *The Myth of Mental Illness* (1961) y *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (1970), apoyará tanto una visión naturalista sobre las enfermedades llamadas corporales en sentido estricto (daño en las estructuras corporales), como una constructivista acerca de la Psiquiatría, negando la existencia de las que se habrían constituido como enfermedades mentales. Precisamente será esta índole naturalista que otorga a la enfermedad, la que le llevará a afirmar que las enfermedades mentales no pueden ser consideradas, consiguientemente, como tales. No obstante, este autor es considerado, en este sentido, como defensor de una perspectiva naturalista simple, dado que proclama el concepto de enfermedad como un fracaso biológico; argumento que usará, como ya he indicado, para respaldar su tesis de que la enfermedad mental es un mito.

En definitiva, se hace bastante evidente que las concepciones, clasificaciones y atribuciones actuales del trastorno mental contienen toda una suerte de valores; algunos explícitos y otros más implícitos, al tiempo que algunos morales y otros no morales

⁸ En este caso nos enfrentaríamos a los problemas filosóficos propios de la definición de los tipos naturales (natural kinds). No vamos a entrar en detalles, no obstante, un ejemplo de ello sería la pregunta, ¿cómo es posible que si es un natural kind cambie con el tiempo? Debería ser inmutable. ¿Cambiarían entonces las enfermedades, o nuestro conocimiento de ellas? ¿Sería algo temporal?

(Sadler, 2005, 2013, citado en Radden, 2019: 13). No obstante, tal y como he ido mostrando, se puede apreciar cómo han sido propuestas distintas definiciones de enfermedad -de la mano de distintos autores- mediante las que se procura eludir la presencia de valores, apoyándose en la apelación tanto a normas estadísticas que serían presuntamente neutrales en lo que a valores respecta, como a funciones normales, correctas, en suma, adaptativas.

1.3 Acerca del bienestar y la salud

La perspectiva acerca del bienestar que se identifica con un estado saludable no está exenta de ambigüedades. Por ejemplo, se puede argumentar que el estar -sentirse- sano estaría conectado con toda una suerte de sentimientos positivos, en contraposición a un sentir más negativo, de un malestar más propio de la enfermedad. No obstante, esto no siempre es así ya que alguien puede estar enfermo y, sin embargo, sentirse bien. La cuestión problemática en este punto es si esas experiencias positivas constituyen el estado de salud en sí o están relacionadas con él (Nordenfelt, 2017: 35). Entonces, ¿cómo determinar qué bienestar es el que constituye la salud? Cuestión harto compleja. Hay algo que es bastante claro y es que no debe ser idealizado dicho bienestar en el sentido de considerarlo como un estado de completa plenitud tanto física, como mental y social, puesto que somos seres humanos y, como tales, atravesamos distintas circunstancias, unas más hostiles que otras. De modo que ese estado totalizador que pretenden ciertas definiciones, podemos imaginarlo pero pocas veces vivirlo o sentirlo y es evidente que no puede ser identificado con un estado íntegro de salud⁹.

En conexión con esto, Nordenfelt (Ibid.) señalará con respecto a la cuestión planteada más arriba, que una manera de resolverla es considerar el bienestar en relación a la salud como un bienestar inherente, a saber: físico y mental (aunque no sea concebido de una forma totalizadora y completamente conectado con la felicidad), y no aquel que estaría determinado, en último término, por las circunstancias concretas de cada cual. Sin embargo, como cuestionamiento a esta concepción, estarían las posturas que defienden la

⁹ Se ha de tener en cuenta que el estado de bienestar no solo depende de la persona, sino también de las distintas sociedades. Por lo tanto, asociar la salud con perspectivas subjetivas de well-being es arriesgado desde un principio.

salud desde una perspectiva fenomenológica (Gadamer, 1993; Leder, 1990, citado en Nordenfelt, 2017: 35), según la cual las experiencias de las personas en su cotidianidad devienen como factores fundamentales, bien en el sentimiento de bienestar o, por contra, de malestar. Desde esta óptica, es precisamente la ruptura que puede producirse en nuestra vida diaria y que nos hace pasar desde las sensaciones de bienestar propias de un estado saludable a la vivencia de la angustia característica de la enfermedad, la que nos hace ser conscientes del bienestar previamente experimentado. Por añadidura, muchos de estos teóricos (Svendsen, 2012: 103, citado en Nordenfelt, 2017: 35) estiman como algo ineludible la consideración de las experiencias del sujeto, de su subjetividad en la comprensión de la salud y la enfermedad.

Existe una opinión generalizada entre los teóricos de la salud, según la cual la misma no puede ser identificada completamente con los sentimientos pues constituiría un claro reduccionismo a la hora de concebirla. Así, los sentimientos forman parte de la salud y son una dimensión más de la misma que no debe ser olvidada. Todos nos movemos constantemente en un vaivén de sentimientos y estos no han de ser nunca menospreciados en la concepción de salud, pero esta sería algo que iría más allá, cuya complejidad habría que ir desgranando.

Una de las distinciones que se hace en este sentido es la que diferencia entre salud subjetiva y salud objetiva, identificándose la primera con los sentimientos (me siento bien por lo que estoy subjetivamente saludable) y pudiendo darse, así mismo, la enfermedad subjetiva cuyo rasgo principal sería el holismo. Para los defensores de esta concepción holística, la experiencia deviene como un elemento previo y, por tanto, determinante a la hora de afirmar la existencia de una enfermedad concreta.

Como ya he señalado arriba, ciertos autores sostienen la distinción entre salud objetiva y subjetiva, por lo que nos hallaríamos ante la cuestión de si el bienestar debe ser comprendido desde la óptica de lo objetivo o si convendría poner el foco en lo subjetivo. Hay un autor que estableció una triple distinción que ha gozado de gran peso en la tradición filosófica y que, de hecho, es usada habitualmente para clasificar las teorías del bienestar en objetivas y subjetivas. Sin embargo, dicha clasificación no está libre de ambigüedades como veremos posteriormente. De acuerdo con D. Parfit (1984, citado en Schramme, 2017: 160) habría tres tipos: las hedonistas, las teorías de cumplimiento de deseos y las de listas objetivas. Las primeras afirman que el placer y la ausencia de dolor

son los componentes principales a tener en cuenta en lo que al bienestar respecta, siendo el contenido de aquel dependiente de cada individuo. Las segundas sostienen que algo es bueno para nosotros si cumple algún deseo, por lo que variaría también individualmente. Ambas son subjetivas a diferencia de las terceras, las cuales establecen que algo es bueno porque es objetivamente bueno, por consiguiente, no dependen de nuestras experiencias subjetivas.

Como he señalado, la clasificación elaborada por Parfit (1984) ha sido puesta en solfa, alegándose que no es la más adecuada puesto que acota las teorías objetivas a las objetivas evaluativas, al tiempo que restringe las teorías ontológicamente subjetivas al hedonismo. De hecho, el mismo deviene dificultoso en esta nueva distinción. En su lugar, se defiende una cuádruple clasificación (Schramme, 2017: 163), a saber: teorías de la experiencia (subjetivismo ontológico), teorías del estado del ser (objetivismo ontológico), teorías del cumplimiento del deseo (subjetivismo evaluativo) y teorías de la esencia (objetivismo evaluativo).

Conviene señalar que han sido las teorías subjetivas las más triunfantes ya que ponen el énfasis en la relatividad del sujeto y, en consecuencia, en la misma noción de bienestar (Sumner, 1996, citado en Schramme, 2017: 162). Entre dichas teorías es destacable la controversia acerca de si el bienestar humano es un modo de conciencia o de existencia; por tanto, al debate entre la subjetividad u objetividad ontológica. En este sentido, surge la cuestión acerca de si las personas pueden ser consideradas como los jueces, por excelencia, de su propio bienestar o, en cambio, si uno puede estar en el fondo equivocado sobre el propio bienestar, no tratándose de precisar los elementos del bienestar sino de nuestro conocimiento sobre tales elementos (Schramme, 2017: 163).

1.4 Acerca de la habilidad y la discapacidad

La habilidad ha sido uno de los rasgos a propósito del cual se han centrado una gran mayoría de las caracterizaciones modernas de la salud como concepto positivo; donde estaría relacionada la dimensión habilidad/discapacidad con el hecho de poseer una buena o mala salud. Por ello, esbozaré ciertas perspectivas desde las cuales ha sido analizada y que devienen esenciales a la hora de estudiar la problemática mental que será desarrollada con posterioridad.

Desde algunas estas perspectivas, se afirma que quien se halla en un estado saludable, está capacitado para actuar, mientras que el que está sumido en un estado de enfermedad no puede llevar a cabo todas las acciones que aquel, en cambio, sí es capaz.

Volviendo a traer a colación a Nordenfelt, ya señalé con anterioridad que este autor entiende la salud en un sentido positivo, siendo la habilidad el eje nuclear en el análisis de la salud y en donde los objetivos vitales cumplen un papel elemental. El mismo (Nordenfelt, 2001, citado en Nordenfelt, 2017: 36), dudará de la frecuente correlación que se establece entre salud-capacidad (habilidad) y mala salud (enfermedad)-discapacidad, alegando que un individuo puede estar discapacitado y no estar enfermo.

De acuerdo con su postura, se puede afirmar que las personas no son saludables si la discapacidad no le permite alcanzar sus metas vitales; no teniendo por qué implicar una discapacidad la existencia de una enfermedad. Para Nordenfelt deviene absolutamente compatible tanto la discapacidad como la mala salud con la ausencia de enfermedades, puesto que la clasificación de una persona dentro de la categoría de discapacidad dependerá de aquello que para la misma posea valor, de los puntos de vista acerca de lo que para ella es una buena vida (Nordenfelt, 2001, 1995, citado en Edwards, 2017: 152).

El fenómeno de la discapacidad plantea varias cuestiones filosóficas de gran relevancia médica y social. Dicho fenómeno puede ser tratado bien desde un enfoque que pone el énfasis en el individuo, bien desde otro que subraya aquellos aspectos que lo trascienden. Braddock y Parish (2001, citado en Edwards, 2017: 149), señalarán una distinción bastante frecuente entre aquellos individuos que poseerían ciertos impedimentos físicos, otros con impedimentos sensoriales (aquellas consideradas como discapacidades intelectuales), así como las personas con problemas graves de salud mental. Ambos defienden la necesidad de realizar una diferenciación entre aquellos fenómenos que entrarían dentro de la concepción de discapacidad y otros que se relacionarían con toda una suerte de impedimentos. De acuerdo con estos autores, los últimos se basarían en una diferencia física real e independiente del contexto social; mientras que la categoría de discapacidad estaría íntimamente enlazada con los valores y normas sociales de un contexto en particular. De hecho, el reconocimiento a propósito de la necesidad de esclarecer una taxonomía en aras de una aproximación que abarque la complejidad del fenómeno de la discapacidad se hizo patente en el siglo XX, siendo desempeñado de la

mano de distintos autores e instituciones (Nagi, 1965; OMS, 1980; Oliver, 1990; Nordenfelt, 1983, 1997, citado en Edwards, 2017: 149).

A este respecto, cabría señalar que en 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una taxonomía basada en las supuestas consecuencias de la enfermedad. De este modo, se creará lo conocido como su International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), en la que se dispondrá que la *disease* puede llevar a lo denominado como *impairment*, lo que puede llevar, a su vez, a una *disability* y esta, finalmente, a un *handicap*. Por tanto, estos tres últimos fenómenos -que he decidido señalar en lengua anglosajona tal y como fueron presentados por la OMS- son concebidos como consecuencia -en cadena- de la *disease*, la enfermedad. La *disability* será definida del siguiente modo: ``*In the context of health experience, a disability is any restriction or lack (resulting from impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being*'' (WHO, 1980: 28, citado en Edwards, 2017: 150). Por añadidura, los *impairments* son atribuidos únicamente a las partes del cuerpo, mientras que los *handicaps* son atribuidos a las personas, siendo estos últimos un fenómeno social y haciendo, de este modo, referencia explícita a los factores socioculturales. Significan una desventaja real para el individuo en cuestión, restringiendo el rango de actividades y roles sociales que, de otro modo, se hallarían abiertos para él.

Ahora bien, la ICIDH y, por tanto, el modelo médico que esta pretendía instaurar acerca de la discapacidad mediante una imagen causal sumamente simplificada, estuvieron expuestos a duras críticas, lo que generó que en el año 2001 la OMS presentara un esquema donde fueron reexaminadas las concepciones que habían sido propuestas con anterioridad.

Una de las críticas que fueron argüidas refieren a lo que ha sido denominado como la medicalización de la discapacidad (Oliver, 2001, citado en Edwards, 2017: 151). Dado que si se considera que la causa de la discapacidad se encuentra en el individuo ``enfermo'', el mismo padecerá un problema médico que requerirá de una respuesta asimismo médica.

Tales críticos de dicha medicalización subrayan el hecho de que la misma fomenta la impresión de que tanto la discapacidad como el handicap van inexorablemente en compañía de la enfermedad, algo que constituye un grave error. Un individuo puede tener

una cierta discapacidad y ser considerado como alguien totalmente saludable; pudiendo afirmarse que la discapacidad no tiene por qué ser siempre sinónimo de enfermedad.

La modificación de la OMS llevada a cabo en 2001 supuso un cambio de enfoque, mediante la cual pasó a considerarse que las causas de la discapacidad son debidas a múltiples factores así como su multidimensionalidad y que, por tanto, trascienden el ámbito meramente individual, corrigiéndose así el foco hacia el que dirigir la mirada, el análisis¹⁰.

Podemos observar cómo el enfoque aportado por la OMS puede ser calificado de objetivista, dado que un individuo puede ser categorizado como discapacitado con independencia de sus propios valores; mientras que la postura defendida por Nordenfelt es, sin duda, subjetivista, siendo para él el concepto de discapacidad inseparable de los valores del individuo en cuestión y que se ven reflejados en sus objetivos vitales. No obstante, su teoría no descansaría sobre el subjetivismo con respecto a los objetos vitales¹¹.

Por otro lado, y en conexión con lo recién expuesto, he hablado con anterioridad a propósito de las teorías filosóficas sobre el bienestar, por lo que en este punto podría ser conectada la noción de discapacidad con tales perspectivas. Schramme (2017: 164), nos dirá que desde el prisma de las teorías de la experiencia, la discapacidad no tiene por qué ser siempre mala para la persona que la experimenta, puesto que si ella no la vive como tal, su bienestar no tiene por qué verse afectado. Sin embargo, a este argumento se le objeta la posibilidad de que una persona no experimenta algo como pernicioso merced a las circunstancias, como por ejemplo la adaptación mental a un estado de ser perjudicado. Dirá Schramme (2017: 165): *“The challenge implies that human well-being cannot only be based on ontologically subjective elements, but requires a standard of how people should normally experience certain things or aspects of their life”*. Así mismo, en dicha

¹⁰ La Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF) enfatizó la naturaleza multidimensional de la discapacidad asentando que *“person’s functioning and disability is conceived of as a dynamic interaction between health conditions (diseases, disorders, injuries, traumas, etc.) and contextual factors”*, donde estos factores contextuales abarcan: *“features of the physical, social and attitudinal world”* (OMS, 2001, citado en Edwards, 2017: 152).

¹¹ Véase Edwards, S. (2017). Disability as Medical and as Social Category. En Schramme, T., Edwards, S. (eds.), *Handbook of the Philosophy of Medicine-Springer Netherlands*. Pp. 147-158.

afirmación se está manifestando, de manera implícita, el hecho de que los juicios normativos serían, en última instancia, los determinantes en aras de establecer los estándares que instauran aquello que se supone constituye la normalidad sobre cómo las personas deben experimentar ciertos aspectos de su vida.

Si continuamos con las teorías del estado del ser, la discapacidad no comportaría bienestar en el sentido de que sus oportunidades se ven, en alguna medida, reducidas. De hecho, esta idea se halla impresa en la misma terminología de discapacidad. Sin embargo, a esta noción de discapacidad relacionada con la existencia de un perjuicio inherente causado en la persona, se reclama que son evaluados únicamente los factores externos, en detrimento de la reflexión acerca de la importancia que la persona concede a dichos recursos (Ibid.).

Por otro lado, si nos atenemos a las teorías del cumplimiento del deseo se le podría objetar el mismo argumento que a las teorías de la experiencia. Según aquellas, la discapacidad aportaría malestar si la misma no es deseada por el sujeto, afirmándose que las personas con discapacidades que declaran no ser perjudicadas, se basan en preferencias o deseos los cuales adaptan a las circunstancias reales en las que se hallan inmersas. Así mismo, como acabo de apuntar, estas teorías hacen referencia implícita a unos estándares por lo que se acercaría más a una teoría no subjetiva del bienestar (Schramme, 2017: 166).

En cuanto a las teorías de la esencia, la discapacidad es percibida como un mal ya que merced a esta serían restringidos determinados elementos básicos y fundamentales para una buena vida humana, como sería el caso de la autodeterminación, la libertad y la independencia. De hecho, muchas personas que son calificadas bajo el diagnóstico de discapacitados secundan este argumento. Sin embargo, como bien afirma Schramme (Ibid.): *“Common sense seems to be just that – a sense that is common – whereas essence theories would need an argument as to why certain characteristics of human beings are necessary requirements of the good human life”*. Por consiguiente, la búsqueda de ese argumento requeriría de una ardua tarea: indagar en la naturaleza humana.

Se puede afirmar así que estas teorías tienen sentido en el caso de discapacidades graves generadoras de importantes obstáculos en la vida de las personas, pero sin que se pueda establecer de forma categórica que la discapacidad sea de forma incompatible con el bienestar. Si desde tales teorías así como desde la opinión común se piensa que la

discapacidad siempre implica un perjuicio o daño para la persona -aún en caso de que dicha persona no perciba su discapacidad de esta manera-, desde posturas normativas se podría rechazar tal argumento que califica como erróneo los juicios de estos individuos mediante los que niegan que la discapacidad devenga en cualquier caso pernicioso. Por tanto, tales juicios pueden ser vistos como puntos de vista que chocarían con el llamado sentido común (Ibid.).

1.4.1 Discapacidad y enfermedad mental

Continuando con el concepto de discapacidad y llevando a cabo ahora una aproximación al fenómeno de los trastornos mentales, analizaré una suerte de cuestiones a propósito de la opinión, tanto común como académica y profesional, mediante la cual se defiende la correspondencia entre enfermedad mental y discapacidad. El modelo social de discapacidad deviene como una perspectiva clave a este respecto, en contraposición al modelo médico de discapacidad considerado en líneas anteriores. En este sentido, hace unas décadas emergió una crítica hacia la defensa de la inmanente relación entre enfermedad mental y discapacidad, tomando la misma forma en el movimiento conocido como Mad Pride, cuyo discurso pretende la defensa de la enfermedad mental con connotaciones positivas, como antítesis de la corriente que se ha seguido históricamente a este respecto. Para ello, ha sido llevado a cabo una apropiación así como un ensalzamiento del término *locura* como eje nuclear en la conformación de una identidad social propia de los sujetos que han sido diagnosticados de algún trastorno mental. Ha sido elaborado todo un discurso que pretende desvincular la locura con el concepto de enfermedad o trastorno, al tiempo que se resaltan las experiencias que estos sujetos viven como algo valioso en lugar de que sean interpretados como signos de que hay una psicopatología de fondo¹².

Sin embargo, el planteamiento sobre la problemática mental que es expresado a través del discurso del Mad Pride así como desde los enfoques positivos sobre la locura en general,

¹² No obstante, desde el movimiento Mad Pride no se da una negación de la angustia, del sufrimiento ni de las dificultades en el funcionamiento social que, las más de las veces, caminan de la mano de la locura. Se ensalza la creatividad pero sin desdeñar el dolor que la experiencia de la locura entraña.

entran en controversia con cuestiones tales como la angustia o el sufrimiento y la discapacidad (Abouelleil, 2019: 151). Por ello, tanto por parte de sujetos que han sido pacientes en instituciones a cargo de la salud mental así como por parte de académicos, han sido llevadas a cabo duras críticas hacia aquellas ideas -quizás positivas en demasía- que enaltecen la locura, corriendo a veces también el peligro de romantizarla.

Por parte de los primeros, voces como la de C. Allan (2006, citado en Abouelleil, 2019: 151) rechazan la idea de que la locura no sea una enfermedad mental, asignándole caracteres de despiadada y destructiva y siendo, por tanto, algo para lo que no encuentre motivo de celebración. En la misma línea, una autora dedicada al estudio de la problemática mental (Jost, 2009: 2, citado en Abouelleil, 2019: 151), afirmará que las enfermedades mentales no son formas distintas de procesar la información o la emoción, sino que son trastornos en sentido estricto; negando pues que deban ser consideradas en un sentido positivo ya que siempre comportan sufrimiento así como un deterioro social y funcional.

Se hace evidente pues, como tales críticas ponen el foco en el hecho, indiscutible para sus defensores, de que la asociación entre enfermedad mental y discapacidad no deviene como algo contingente, aleatorio; sino que esta es intrínseca a aquella y, por consiguiente, siendo las limitaciones que tienen que sufrir los sujetos de la locura resultado directo de la misma.

Ha sido visto con anterioridad la perspectiva defendida por el modelo médico imperante en relación a la discapacidad; no obstante, según lo que acabo de señalar, está también presente en el debate sobre la discapacidad y la enfermedad mental otra postura al respecto que defiende que la locura no tiene por qué implicar, siempre y en todo momento, discapacidad. Conviene señalar que esta última perspectiva no busca rebatir al modelo médico sobre la discapacidad, pero sí que advierte sobre lo contraproducente de la tendencia a asumirlo con facilidad.

Es este modelo social de discapacidad -el cual queda plasmado en la obra de Nerdenfelt así como en el activismo por parte de los sujetos del diagnóstico y teóricos que defienden la salud mental con connotaciones positivas- el que se opone a la concepción aludida de que la discapacidad sea intrínseca a toda persona que padezca una enfermedad mental. De hecho, como ya he indicado, se lucha por desmontar el mismo concepto de enfermedad mental así como los múltiples matices negativos que pueda albergar.

Desde esta óptica se manifiesta que las distintas experiencias y formas de ser que son percibidas como enfermedades mentales suponen determinados problemas en el funcionamiento de los sujetos, como resultado de una sociedad, de un entorno físico y social que no está configurada para adaptarse a ellos, a personas con distintos rasgos en la forma de ser, por lo que no pueden funcionar en base a lo que se entiende como correcto en tales circunstancias. No obstante, como bien llama la atención Terzi (2004: 153, citado en Abouelleil, 2019: 155), una de las formas de evitar la tendencia a la ``sobresocialización`` por parte de la forma radical del modelo social de discapacidad -el cual parece negar el papel del impedimento en la generación de desventajas- es asumir la distinción entre desventajas condicionales e incondicionales¹³.

En conexión con todo esto, desde aquellas posiciones críticas con el modelo médico de discapacidad, se ha argumentado que tales propuestas adolecen de un extremado naturalismo según sus afirmaciones de que la discapacidad sensorial de las personas, en el caso de las enfermedades mentales, es la causa última que incapacita a aquellas en determinadas circunstancias. Esta visión naturalista ya la he tratado en puntos anteriores, quedando la misma representada en el campo de la salud mental por autores como J. Wakefield y sus explicaciones que intentan especificar tanto la disfunción física como

¹³ Amundson y Tresky (2007: 544, citado en Abouelleil, 2019: 155) definen los términos de la siguiente manera: desventajas condicionales de la discapacidad (CDI) son las desventajas que experimentan las personas con discapacidad, pero que se producen por el contexto social en el que viven esas personas; mientras que las desventajas incondicionales de la discapacidad (UDI), devienen como aquellas desventajas que experimentan las personas con discapacidad, pero que se producen independientemente de su contexto social. No obstante, según Abouelleil (2019: 155), dicha distinción no sería del todo adecuada, por lo que él mismo le restaría fuerza dado que no encuentra operativa la noción de una desventaja absolutamente incondicional; percibiendo tal distinción como una cuestión de grado más que de tipo. Conviene señalar también que esta distinción teórica, al igual que sucede con cualquier fenómeno que se nos presente en la vida, se materializa en la práctica, por lo que la línea que divide una y otra desventaja habrá de ser analizada en función de las experiencias y del caso en cuestión.

mental¹⁴, en términos libres de valor, como desviaciones de la función natural¹⁵. Las críticas hacia tales afirmaciones aluden al hecho de que la noción usada por naturalistas como Wakefield o Boorse sobre la pretendida función estadísticamente normal -función natural-, nunca se halla descargada de valores, por lo que tal noción es siempre portadora de un normativismo implícito¹⁶. En este sentido, dirá Bolton (2008: 113, citado en Abouelleil, 2019: 158) que los factores que subyacen al juicio de la función anormal están asociados a componentes de valor, por lo tanto, los daños y las limitaciones funcionales serán concebidas de acuerdo a lo juzgado por los valores y normas sociales y personales.

Queda claro, a mi parecer y según lo expuesto, la necesidad de efectuar una lectura normativa sobre los juicios que emitimos en relación a la discapacidad; lo que no quiere decir que el modelo social deba ser puesto en uso en todo momento y anulando por completo al modelo médico, ya que el énfasis sobre uno u otro será otorgado dependiendo de múltiples factores que se encadenan unos a otros desembocando en diferentes resultados y buscando lograr, en definitiva, un esclarecimiento satisfactorio de la interacción que tiene lugar entre individuo y sociedad a propósito de la generación de limitaciones en la vida cotidiana.

En este sentido y en referencia a la problemática mental, dirá Abouelleil (2019.: 161):

¹⁴ Wakefield (1992), definirá el trastorno mental del siguiente modo: *“A condition is a mental disorder if and only if (a) the condition causes some harm or deprivation of benefit to the person as judged by the standards of the person’s culture, and (b) the condition results from the inability of some internal mechanism to perform its natural function, wherein a natural function is an effect that is part of the evolutionary explanation of the existence and structure of the mechanism”*.

¹⁵ Véase: Wakefield, J. C., (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47 (3): pp. 373–88. No obstante, Wakefield contemplará la existencia de ciertos elementos evaluativos, sucediendo la disfunción se señalará como dañina de acuerdo a las normas y valores personales y sociales. De hecho, la teoría de Wakefield precisa tanto la presencia de disfunción como la tendencia a causar daño, incluyendo, por tanto, ciertos criterios que implican el valor o la desvalorización de una condición. En este sentido, de acuerdo con Richman (2004) y Schwartz (2007: 3), al requerir la teoría de Wakefield tanto disfunción como valor, ilustraría cómo la división normativista/naturalista estaría comenzando a desintegrarse.

¹⁶ Así mismo, Wakefield reconocerá que un rasgo puede ser disfuncional en términos evolutivos sin ser desvalorizado, del mismo modo que puede ser desvalorizado sin ser evidencia de disfunción. Sin embargo, el intento de proporcionar una definición naturalista de función y de disfunción basada en la evolución ha estado sometida a objeciones, merced a que la disfunción biológica no sería neutral en lo que a valores refiere, optándose desde tales visiones por una preferencia hacia la aptitud evolutiva (Radden, 2019: 14).

(...) a relevant mental variation is one that is made salient when our complex activity in the world is disrupted. It would not be “schizophrenia” or “psychosis,” but the features that typically underlie these diagnoses such as voices, paranoid beliefs, anxious feelings, difficulties understanding social behavior, mood fluctuations, impaired attention and concentration, and others. These features can impose a range of limitations on the ability of individuals to realize their goals and to participate in everyday social situations and interactions.

Como bien queda expuesto en dicho fragmento, tales rasgos definatorios de muchos trastornos mentales -o haciendo uso de otra terminología también pueden ser llamadas ‘‘variaciones mentales’’- pueden generar serias dificultades, limitaciones en la capacidad de los sujetos del diagnóstico en ciertas situaciones que tienen lugar en la cotidianidad. Sin embargo, a la hora de reflexionar sobre estos hechos, en aras de buscar explicaciones que puedan sustentar en la práctica ciertos ajustes para mejorar la situación en la que se hallan estos sujetos, la clave estará en situar el foco sobre el desajuste existente entre las variaciones mentales y el entorno social, procurando discernir cuales devendrían como las modificaciones más apropiadas en cada caso.

1.5 ¿Cómo definir la salud y la enfermedad mental?

El intento de aportar una definición así como unos criterios para aplicar los conceptos que refieren a la salud y la enfermedad mental, implica siempre sumergirnos en un terreno sembrado de problematicidad, por lo que aquello plasmado deberá ser entendido bajo estas premisas.

Dicho esto, conviene hacer una suerte de matizaciones en lo que respecta al concepto de enfermedad mental. Dado que este forma parte, en las sociedades occidentales contemporáneas, del dominio de la Psiquiatría, a mi juicio cabe hacer unas breves anotaciones acerca del desarrollo histórico de esta disciplina y, por ende, del surgimiento de la enfermedad mental como concepto médico.

En este sentido, Foucault en su famosa y voluminosa obra *Historia de la locura en la época clásica* (1997), desarrollará una genealogía a propósito de cómo la locura habría sido tratada en las sociedades occidentales desde, aproximadamente, el Renacimiento, al tiempo que se habría ido gestando su consideración como enfermedad mental ya en el

siglo XVIII, para finalmente acabar siendo medicalizada en el siglo XIX, fruto del erigimiento definitivo de la Psiquiatría como disciplina médica. Foucault nos hablará acerca de cómo durante lo que él llamará la época clásica, tanto los pobres, como los locos y los delincuentes compartían un estatus social similar; hallándose todos estos desposeídos y marginados sociales fuera de los confines de la ciudad, separados del resto de habitantes en unas especies de espacios institucionalizados. Estos espacios habrían sido también objeto de modificaciones varias en el transcurso de este periodo histórico europeo; transformándose, paulatinamente, en casas de trabajo, cárceles para el castigo y asilos mentales. No obstante, la locura se situaría en el espacio conceptual y práctico entre desviación, enfermedad, pobreza y normalidad (Busfield, 1999: 59, citado en Zechmeister, 2005: 21).

Así mismo, en *La vida de los hombres infames* (1990), Foucault analizará cómo las regulaciones de admisión y altas (ya que se entendería que el individuo habría sido "curado") en dichos espacios institucionalizados se hallaban bajo potestad jurisprudencial, en lugar de en manos de la jurisdicción médica, al tiempo que los motivos de los reclutamiento eran, primordialmente, morales (habiéndose definido la locura en oposición a la razón, durante la llamada edad de la razón). Según el autor francés, hasta finales del siglo XVIII, para la jurisprudencia de la locura criminal, a menudo "la locura se manifestaba a través de numerosos signos fácilmente reconocibles, hasta el punto de que se discutía si era necesario un médico para confirmarla" (Foucault, 1990: 236). Del mismo modo, Foucault ejemplificará con una serie de casos que habrían tenido lugar entre 1800 y 1835, los cuales habrían sido claves en cuanto a la introducción de la Psiquiatría en el terreno penal a comienzos del siglo XIX (Foucault, 1990: 234-235). Podemos contemplar pues, como durante ese momento la locura aún no había sido completamente medicalizada. En los susodichos asilos mentales, se comenzaron a desarrollar, en el mismo siglo, lo que fue llamado como tratamientos de la moral, dividiéndose los recluidos entre aquellos que serían susceptibles de curación como otros que no. No obstante, vemos que aún no se habría definido la enfermedad mental como tal dentro del corpus teórico médico. Estas especies de reprogramaciones de los sujetos de la locura, ha sido analizada desde enfoques biopolíticos (usando el concepto foucaultiano) y sociales como una estrategia para adiestrar a tales individuos como sujetos productivos en el sistema capitalista (Scull, 1985, citado en Zechmeister, 2005: 22).

Del mismo modo, Foucault habría demostrado cómo se produjo en el siglo XIX el surgimiento en la Medicina occidental de un paradigma positivo: el método anatomoclínico; entrañando una abismal transformación en la mirada. Momento pues, en que la revolución positivista epistemológica condujo al desarrollo de la Medicina como ciencia natural. En este sentido, Foucault (1990: 240-241) mostrará -como ya he mencionado- que a comienzos del siglo XIX la Psiquiatría entronizaría como especialidad médica, puesto que con anterioridad habría sido más que un campo de la Medicina, un aspecto concreto de la misma. En ese momento pues, su tarea habría consistido en definir su especificidad en el interior de las prácticas médicas, buscando anexionarse un nuevo territorio; donde Foucault llamará la atención acerca de cómo los médicos ejercerían un fuerte empeño por reivindicar la locura de ciertos individuos que, hasta ese momento, habrían sido considerados como meros criminales (y emprendiendo la tarea de patologizar el crimen); protestando contra la supuesta ignorancia médica de los jueces y, consiguientemente, reivindicando su derecho a ser escuchados en los tribunales como expertos médicos.

Interesantes serán las observaciones del autor francés:

Si la psiquiatría se convirtió en algo tan importante en el siglo XIX no es simplemente porque aplicase una nueva racionalidad médica a los desórdenes de la mente o de la conducta, sino porque funcionaba como una especie de higiene pública. (...). El ``cuerpo`` social dejó de ser una simple metáfora jurídica-política (...) para convertirse en una realidad biológica y en un terreno de intervención médica. El médico debía de ser pues el técnico de ese cuerpo social, y la medicina una higiene pública. La psiquiatría, en el tránsito del siglo XVIII al XIX, adquirió su autonomía y se revistió de tanto prestigio porque pudo inscribirse en el marco de una medicina concebida como reacción a los peligros inherentes al cuerpo social. Los alienistas de la época han podido discutir hasta el infinito acerca del origen orgánico o psíquico de las enfermedades mentales, han podido proponer terapéuticas físicas o psicológicas, sin embargo, (...), todos eran conscientes de tratar un ``peligro`` social, puesto que la locura estaba ligada, a su juicio, a condiciones malsanas de existencia (...) o era percibida como fuente de peligros (...). La psiquiatría del siglo XIX fue una medicina del cuerpo colectivo al menos en la misma medida en que una medicina del alma humana individual (Foucault, 1990: 242).

A mi juicio, los estudios de Foucault constituyen unos conocimientos fundamentales a la luz de una perspectiva del control social en cuanto a la problemática mental refiere, a pesar de que este no suponga el principal eje conductor que encauce mi trabajo. El francés ha arrojado una claridad harto valiosa en cuanto a un sugerente enfoque constructivista de la enfermedad mental refiere.

En tanto que desde la historia convencional de la Psiquiatría se ha descrito, habitualmente, la medicalización de la misma como un progreso sumamente revolucionario, ciertos autores -de entre ellos, Foucault-, han puesto de manifiesto y en contraste con tales opiniones, que lo que se ha denominado como enfermedad mental responde a todo un complejo entramado de construcción y aplicación del mismo en beneficio de los profesionales de la Psiquiatría para legitimar, a la postre, su posición. Los sujetos de la locura habrían sobrevenido así como la clientela de esta rama médica instaurada; por lo que el impulso del tratamiento médico de la enfermedad mental se debió, fundamentalmente, a los intereses de los profesionales médicos (Dörner, 1974, citado en Zechmeister, 2005: 24).

En consideración a la entrada definitiva de la Psiquiatría en la ciencia médica, desembocaría en la concepción de la enfermedad mental como enfermedad del cerebro, siendo el psiquiatra alemán E. Kraepelin (1856-1926), uno de los máximos exponentes de esta concepción biologicista, quien estableció nuevas nosologías apoyándose en una raíz orgánica que fuera tanto verificable como sospechada¹⁷. Estas ideas positivistas fueron, de hecho, cada vez más aclamadas y desarrolladas, en detrimento de otras de carácter más holístico que no fueron secundadas con tanto vigor. No obstante, dentro del enfoque médico psiquiátrico, se daban posturas que presentaban divergencias las unas con respecto a las otras. En efecto, mientras que ciertos psiquiatras apostaban por un enfoque anatomofisiológico en aras de explicar las enfermedades mentales mediante hipótesis cerebro-fisiológicas, otros apoyaban la idea de que la Psiquiatría debía circunscribirse a una ciencia que fuera meramente descriptiva (Zechmeister, 2005: 22). No obstante, todas esta suerte de posturas hunden sus raíces en una concepción común sobre la naturaleza y el tratamiento de la enfermedad mental, entendiendo pues la misma,

¹⁷ No obstante, el aforismo según el cual toda enfermedad mental es en el fondo una enfermedad cerebral, fue establecido, con anterioridad, por W. Griesinger (1817-1868) y del que Kraepelin habría hecho acopio.

como un concepto biológico. Hay otra figura que debe ser mencionada, puesto que deviene fundamental en la comprensión de las nociones sobre la enfermedad mental sostenidas en la actualidad y que se halla representada por S. Freud (1856-1939). Para este la enfermedad mental sería, en última instancia, una enfermedad de la mente; cuyo modelo arrojará dimensiones completamente novedosas sobre aquella.

Desde que surgió el término de enfermedad mental como tal, ha estado sujeto a no pocas ambigüedades, carente de una precisión característica del quehacer biomédico. Ello ha supuesto que en múltiples ocasiones los profesionales de la Psiquiatría hayan interpretado estos fenómenos de forma idiosincrásica; donde la flexibilidad aparece como uno de los rasgos definitorios del término en cuestión.

Esta flexibilidad ya fue señalada por varios autores (Livermore, Malmquist y Meehl, 1968: 80, citado en Macklin, 1972: 343), en lo referente a las definiciones propuestas por la American Psychiatric Association en los manuales diagnósticos (DSM). Así, dichos manuales habrían estimulado una amplia apertura en cuanto al ingreso de gran cantidad de individuos en la categoría de enfermos mentales. Por ello, afirman aquellos autores que: *“the usual reason for variance in diagnosis is a variance in the theoretical orientation of the diagnosticians”* (Macklin, 1972: 343).

Por otro lado, ha sido ampliamente señalado las dificultades a la hora de especificar similitudes relevantes en grado y tipo entre los casos reconocidos de enfermedad física y los supuestos casos de enfermedad mental; problema que deriva de los intentos de extender un concepto desde su uso estándar o aceptado para cubrir una nueva gama de casos, a este parecer la de los trastornos mentales. Estas tentativas ya tuvieron su comienzo con Freud¹⁸, entre otros, y han continuado hasta la actualidad desde posturas inmersas en concepciones biomédicas de la Psiquiatría (Macklin, 1972: 345). De hecho, este ejercicio de extensión en cuanto al significado de enfermedad no habría hecho más que aumentar la complejidad.

Desde hace unas décadas, una parte importante de los profesionales de la Psiquiatría así como de autores que se han dedicado a analizar el concepto de enfermedad mental han

¹⁸ Freud y otros autores comenzaron distintos procesos con el propósito de hallar afinidades entre los casos tradicionales de enfermedades físicas y los nuevos casos, como por ejemplo la histeria, que estaban siendo subsumidos bajo un nuevo concepto ampliado de enfermedad.

enfatisado en los trastornos del comportamiento más que en los estados internos de la enfermedad o en las entidades de enfermedades mentales. Manifiestan que el comportamiento se refiere a datos objetivos los cuales son accesibles para la observación, la inferencia, la formulación de hipótesis y la experimentación; de modo que el término trastorno describiría el mal funcionamiento del comportamiento sin especificar la etiología o los mecanismos subyacentes (Macklin, 1972: 346). No obstante, también existe un amplio sector que, merced a los avances de las Neurociencias en los últimos tiempos, mantienen la esperanza de que algún día pueda lograrse un desenmascaramiento de los procesos neurocerebrales presuntamente responsables de las enfermedades mentales y, por consiguiente, conseguir el establecimiento definitivo de su etiología biológica.

Cabe subrayar que numerosos estudios académicos a propósito de la salud mental continúan refiriéndose a la misma en un sentido negativo, así como se da una carencia de un acuerdo más o menos generalizado sobre el contenido de aquella. Es así que la concepción estándar puede simplificarse en la frase dictaminada en 1954 por el presidente de la American Psychiatric Association, K. E. Appel: *“mental illness is the opposite side of the coin of mental health”* (Albee, 1970 : 38, citado en Macklin, 1972: 346).

Sin embargo, el concepto de salud mental positiva también ha tenido y continúa teniendo sus seguidores. Desde estas miradas, se da un amplio rechazo a todo intento de definir la salud mental en términos de ausencia de enfermedad, puesto que esta representaría un elevado reduccionismo que no logra captar la complejidad inherente a los fenómenos que venimos tratando. Esbozaré una serie de aclaraciones al respecto.

La génesis del constructo de la salud mental positiva (SMP), podemos encontrarla en la obra de la austríaca M. Jahoda (1958), siendo esta una de las primeras referencias en el campo de la Psicología sobre este tema; rehusando el enfoque generalizado basado en la enfermedad-normalidad y manifestando la necesidad de un nuevo enfoque en pos de una concepción más clara de la salud mental junto a un mejor uso práctico de la misma (Lolbé y Flores, 2013: 23). Dirá: *“knowledge about deviations, illness, and malfunctioning far exceeds knowledge of healthy functioning”* (Jahoda, 1958: 6, citado en Macklin, 1972: 346). Para ella, el énfasis puesto por la inmensa mayoría de los estudios en esta área - desviaciones, enfermedades, mal funcionamiento-, sería fruto de la prevalencia del modelo de salud-enfermedad, influyendo por tanto en la generalidad de los desarrollos

teóricos. Así mismo, mostrará recelo ante la conjetura de que la salud y la enfermedad son diferentes solo en grado. Negará Jahoda la correlación entre los conceptos de salud mental y enfermedad mental, debiendo cada uno de ellos ser concebidos en ausencia del otro y, por lo tanto, no representando salud y enfermedad dos extremos antagónicos de un continuum. Reclamará que la relación entre salud y enfermedad mental es una de las áreas en las que más urgen profundas investigaciones. Según su criterio, sería más fértil centrarse en *“the concept of mental health in its more positive connotation, noting, however, that the absence of disease may constitute a necessary, but not a sufficient criterion for mental health.”* (Jahoda, 1958: 15, citado en Macklin, 1972: 347).

Jahoda llevará a cabo una propuesta basada en una suerte de criterios, cada uno de los cuales representarían un aspecto concreto de la salud mental positiva. Estos fueron seis criterios teóricos generales de la salud mental positiva, que a su vez estarían conformados por varios criterios específicos¹⁹. Con respecto a esta propuesta, Lluch (1999, 2002, citado en Lolbé y Flores, 2013: 24), con el objetivo de evaluar empíricamente dicho modelo de seis criterios, desarrolló un trabajo basado en la creación de una escala que midiera la salud mental positiva. Sin embargo, Lluch acabaría señalando las dificultades inherentes así como las limitaciones de la elaboración de dicha escala, debido a la complejidad y la ambigüedad en la conceptualización teórica de Jahoda (Lolbé y Flores, 2013: 24). Es así que, a excepción de esta investigación elaborada por aquel, ha imperado la escasez de material en donde se trate de manera exhaustiva el concepto de salud mental positiva²⁰.

¹⁹ Los seis criterios de salud mental positiva de Jahoda (1958) son los siguientes: a) actitudes hacia sí mismo; b) crecimiento, desarrollo y autoactualización; c) integración; d) autonomía; e) percepción de la realidad; f) dominio del entorno.

²⁰ No obstante, ciertos autores pertenecientes a la rama de la Psicología o la Psiquiatría existencial, como es el caso de R. May, describen la salud mental no meramente en términos de carencia de enfermedad. De modo que, para este teórico, *“In the common popular meaning, physical health means the absence of infection and organic damage. In psychological therapy the term should mean something very different: “health” refers to dynamic processes; a person is healthy psychologically and emotionally to the extent that he can use all his capacities in day-to-day living”* (May, 1956: 167, citado en Macklin, 1972: 347). Podemos observar como May hace uso de la noción de capacidad -la cual ha sido objeto de análisis anteriormente en el presente trabajo- para definir la salud mental, siendo la misma el elemento clave, para no pocos teóricos, alrededor del cual centrar los estudios acerca de los fenómenos de la salud y la enfermedad.

Ya he mencionado con anterioridad cómo el rechazo por parte de Szasz (1961) a concebir los trastornos mentales dentro de la categoría de enfermedad, se habría basado, en parte, en su postura naturalista -simple- acerca de aquella. Ahora bien, a continuación esbozaré con un poco más de detalle esta concepción así como otras posturas que han puesto a la misma en solfa.

Szasz es frecuentemente considerado como un exponente de la anti-psiquiatría. Sin embargo, lo que este autor manifestará con claridad será su postura como una antítesis al modelo médico occidental en cuanto al tratamiento de los trastornos mentales como enfermedades. Según él, la noción de enfermedad mental carecería ya de sentido en el siglo XX, al tiempo que catalogará como inapropiado y lógicamente erróneo el hecho de que los problemas emocionales y los trastornos psicológicos sean definidos como enfermedades, expresando de este modo similitudes con las enfermedades corporales. Algo que, además, sería causa de graves perjuicios sociales; siendo, como digo, un grave error -desde el punto de vista de la integridad científica- la reclasificación que se habría dado en el campo de la Medicina con la introducción de un complejo entramado de nuevas reglas de juego en la misma. Por lo tanto, los trastornos psicológicos deberían quedar fuera de toda noción médica de la enfermedad en aras de una apropiada -lógica- concepción científica. Sin embargo, de la mano de esta tesis, no se daría una evidencia convincente que demuestre que realmente constituye un error dicho tipo de clasificación; del mismo modo que devendría inconsistente en cuanto a la cuestión de qué sería lo malo de clasificar los trastornos del comportamiento y los problemas psicológicos -es decir, trastornos que no serían corporales- como formas de enfermedad (Macklin, 1972: 359).

Szasz, hablando sobre la histeria y su papel en la introducción de la concepción de las enfermedades mentales en el ámbito psiquiátrico, sostendrá que es: *“matter of scientific and social choice whether we prefer to emphasize the similarities and, hence, place hysteria in the category of illness, or whether we prefer to emphasize the differences and place hysteria in a category of nonillness”* (1961: 29, citado en Macklin, 1972: 360).

Así, la ausencia de una cierta falla o deterioro fisiológico localizable descalificaría a un trastorno psicológico de la categoría de enfermedad. Por ende, supone un error científico la construcción de los trastornos no orgánicos del comportamiento y la personalidad como enfermedades; de modo que deviene como un error científico dado que acepta -erróneamente- una causa orgánica o neurológica para los problemas psicológicos, sociales o éticos. En suma, los psiquiatras estarían tratando en la práctica con problemas

de la vida, tanto personales, sociales como éticos (Szasz, 1961: 296, citado en Macklin, 1972: 361).

Macklin (1972: 361), observará que si se toma como legítimo el hecho -implicado tanto en la teoría como en la praxis científica de la Medicina- de ampliación de un concepto tal como el de enfermedad, emerge una visión distinta en respuesta a la postura de Szasz sobre el asunto, según la cual los trabajos de Freud y otros resultaron, por tanto, en una extensión legítima del concepto de enfermedad existente en ese momento en concreto.

Desde estas posturas se argumentará que, en primer lugar, ni Freud ni sus seguidores estarían cometiendo un error bien conceptual, bien lógico, al catalogar como enfermedades los trastornos psicológicos, sino que llevaron a cabo -como he indicado- una ampliación del concepto mismo de enfermedad que era necesario. En segundo lugar, la susodicha extensión quedaría justificada puesto que se establecerían semejanzas notables entre casos específicos de enfermedades mentales y de enfermedades propiamente físicas, además de que las diferencias entre unas y otras no quedarían ocultas y se respetarían, en contra de lo que atestiguaba Szasz (Margolis, 1966: 73). Así mismo, se postulará que, a diferencia de lo que Szasz defendía, no habría líneas divisorias claramente establecidas entre las enfermedades físicas y los trastornos de conducta o problemas psicológicos (supuestas enfermedades mentales). En este sentido, Margolis (Ibid.) ejemplificará como un caso límite, en donde la línea no quedaría dibujada con suficiente nitidez entre ambos tipos de enfermedades, el caso de la histeria. La histeria, que para Szasz representaría un claro ejemplo de trastorno psíquico, el cual habría sido clasificado como enfermedad de forma completamente equivocada -puesto que no poseería causas orgánicas o neurológicas-, para Margolis, sin embargo, personificaría el tipo de enfermedades psicosomáticas que, como digo, se encontrarían en una especie de estado de liminalidad.

En lugar de enfermedad mental, Szasz usará la expresión ``problems in living``; mientras que para estas otras posturas no habría ninguna justificación convincente para aceptar la tesis defendida por aquel y según la cual la enfermedad mental sería un mito.

1.5.1 Perspectiva cultural y conceptualización de la salud y la enfermedad mental

Si continuamos con Jahoda, la misma pondrá de relieve un hecho que en cualquier análisis que pretenda indagar en la conceptualización de la salud y la enfermedad mental no puede pasar inadvertido. Este hecho refiere a las nociones de normalidad y anormalidad en el campo de la Psiquiatría. Un binomio que, no obstante, como se ha ido sugiriendo, abraza cuestiones de índole problemática. En este punto trataremos a propósito de la problematicidad que envuelve dicho dualismo en relación al relativismo cultural.

Varios autores han sugerido la necesidad de abandonar tales nociones referidas al comportamiento en virtud de la variabilidad transcultural en el contenido de las mismas; respecto a lo cual, Jahoda apuntará que el abanico de lo que puede considerarse como normal ha demostrado ser lo suficientemente amplio como para afirmar su relativismo intrínseco. Nos dirá: *“Cultural anthropologists have convincingly demonstrated a great variety of social norms and institutions in different cultures in different parts of world; and that in different cultures different forms of behavior are regarded as normal”* (Jahoda, 1958: 15, citado en Macklin, 1972: 348). De hecho, no es solo que el contenido de la misma varíe transculturalmente, sino que dentro de la propia cultura y sociedad puede cambiar hacia direcciones completamente diferentes, ya sea merced a factores de índole religioso, de sexo y edad, nivel socioeconómico y un largo etcétera²¹.

Del mismo modo, se puede incidir sobre la noción de anormalidad en lo referente a las enfermedades y su variabilidad transcultural. Numerosas investigaciones desarrolladas por antropólogos han llamado la atención y evidenciado este hecho, entre los que destaca la antropóloga R. Benedict, quien en 1934 publicará su famosa obra -que se ha convertido en un clásico de la Antropología- *“Patterns of Culture”*, en la que describirá como los indios kwakiutl de Columbia Británica se comportarían de acuerdo a patrones de

²¹ Por añadidura, habría que anotar que el concepto de normalidad bien puede aludir a una idea normativa bien a una frecuencia estadística. Ya hemos visto una de las razones (relativismo cultural) por las que Jahoda rechaza el uso del concepto de normalidad en el campo de la salud mental; sin embargo, habrá otro motivo defendido por la autora, afirmando que acaso si sucede que la noción estadística y la normativa son coincidentes en el concepto de normalidad, sería pura coincidencia. Señalar también que esta noción estadística de la normalidad, en el dominio de las enfermedades estrictamente físicas no parece plantear problemas; sin embargo, su aplicación con respecto a la conducta plantea serias dificultades. Para más indagación, véase Livermore, J. M., Malmquist, C. P. and Meehl, P. E. (1968). On the Justifications for Civil Commitment. *University of Pennsylvania Law Review*, Vol. 117, N. 1, Pp. 75-96.

comportamiento que en sociedades contemporáneas, como la occidental norteamericana, son considerados altamente desviados, anormales, escenificando actitudes connotadas como paranoicas.

Todo ello, por tanto, vendría a revelar el hecho de que las categorías diagnósticas usadas por la Psiquiatría biomédica se basan, en gran parte, en nociones de normalidad y anormalidad del comportamiento que tienen sentido en una sociedad y cultura concreta - las sociedades occidentales contemporáneas-, pero que no pueden ser extrapoladas de manera universal, ya que a la luz de tales estudios, queda demostrada la importancia de tomar en consideración el relativismo cultural a tal respecto y, consecuentemente, la evidencia de la naturaleza normativa de las nosologías psiquiátricas. Así Jahoda, mostrando estar de acuerdo con el testimonio presentado por Benedict, afirmará que el relativismo cultural en relación a las enfermedades mentales supone que mientras que los síntomas observables idénticos se consideran en una cultura como un logro, en otra, sin embargo, se consideran reveladores de una debilidad severa (Jahoda, 1958: 12, citado en Macklin, 1972: 348). En suma, la visión de Jahoda supone la imposibilidad de trazar una línea clara entre la salud y enfermedad mental.

Enlazando con tales perspectivas, el antropólogo Correa-Urquiza, expresando la necesidad de tomar conciencia acerca del significado real de las nosologías psiquiátricas así como de trascenderlas dejando de pensarlas como un mero nombramiento de una sintomatología concreta y que, según él, haría referencia, en última instancia, a un comportamiento que esquivaba una norma acordada, nos dirá que:

el diagnóstico -aunque lo olvidemos con frecuencia- no es la realidad objetiva, sino una manera de conceptualizar el sufrimiento a través de la observación de los síntomas y del desarrollo de un campo específico de tecnologías terapéuticas; es, por lo tanto, el resultado de un marco interpretativo sobre el fenómeno o la situación observada (Correa-Urquiza, 2018: 573).

En esta misma dirección argumentativa apuntarán Redlich y Freedman (1966: 114-115, citado en Macklin, 1972: 349), para quienes a pesar del desacuerdo expresado por distintos autores, únicamente las formas extremas de comportamiento -como, por ejemplo, el canibalismo- son susceptibles de ser rechazadas universalmente, siendo percibidos como anormales independientemente del contexto sociocultural en cuestión.

De modo que solo son claramente reconocidas y establecidas -en todas las sociedades civilizadas, dirán- las desviaciones excesivamente graves; pero que, sin embargo, la regla en la práctica psiquiátrica revela que los límites entre lo que es considerado como comportamiento normal y anormal son inexorablemente confusos y no se hallan delimitados con claridad y precisión.

En este punto se hace menester destacar la postura defendida por ciertos autores acerca de la imposibilidad de universalización de las categorías diagnósticas psiquiátricas, pese a las pretensiones de la Psiquiatría biomédica. Ya he indicado en líneas anteriores que sobre todo, de la mano de antropólogos socioculturales, ha sido evidenciada la variabilidad transcultural en cuanto a las interpretaciones de lo considerado como un comportamiento normal o anormal. Pues bien, A. Martínez (2011: 55) nos hablará sobre cómo también ha sido demostrada la mutabilidad transcultural de las manifestaciones externas del fenómeno mental -las cuales son las que articulan las categorías diagnósticas-, es decir, de la sintomatología. Martínez pondrá de manifiesto que las pretensiones homogeneizadoras y universalizadoras de la Psiquiatría entran en contradicción con la variabilidad de la sintomatología si atendemos a culturas diferentes. Indicará que la fórmula usada para ``resolver'' esta contradicción -pero que realmente no resuelve la cuestión- es el llamado modelo patogenia/topoplastia; conceptos que ya fueron utilizados en el siglo XIX por psiquiatras como Kraepelin. Según estas nociones, la dimensión patogénica (forma del síntoma) sería universal e invariable y, la topoplastia, consistiría en una fenomenología cambiante (contenido del síntoma).

Cabría indicar que con lo recién reseñado se hace alusión a la variabilidad sintomatológica en función de la cultura concreta. Pero si retornamos a la temática tratada sobre las distintas concepciones sobre lo concebido normal o anormal en un contexto determinado, nos encontramos con ciertas posturas que apuntan a que no estaría del todo esclarecido que la única conclusión que se pueda extraer de la versatilidad en el comportamiento culturalmente aprobado sea la inviabilidad de lograr una concepción universalmente aplicable de enfermedad mental. Los autores que así postulan, manifiestan un optimismo exacerbado en el progreso y los avances científicos, especialmente en el campo de la Psicología (un mayor desarrollo de la misma), pero también de otras disciplinas que van de su mano. Según sus defensores, tal perfeccionamiento de la ciencia posibilitaría la formulación de conceptos unívocos sobre la salud y la enfermedad mental.

2. Aproximaciones a la problemática mental

A continuación me dedicaré a detallar cuáles han sido las principales posiciones adoptadas dentro del campo de la Filosofía en lo que a la relación entre lo mental y lo corporal -más concretamente lo cerebral- respecta; con el fin de ahondar en ciertos aspectos que circunscriben al fenómeno de los llamados trastornos mentales. Complejas cuestiones surgen a este parecer, al tiempo que, como se ha podido ir contemplando en lo escrito hasta el momento, las controversias son las indiscutibles protagonistas en estas cuestiones que abrazan tanta confusión y desconocimiento.

El discurrir acerca de la naturaleza de la conexión entre mente y cerebro ha sido uno de los temas fundamentales en la reflexión filosófica; poseyendo una importancia indudable puesto que ejerce una influencia directa sobre el tratamiento que es desarrollado mediante los distintos dispositivos de la atención a la salud mental, siendo por tanto nuclear en la praxis médica, en general, y psiquiátrica, en especial. Se esbozarán las aportaciones así como las fallas de la concepción dualista cartesiana, junto con las formulaciones planteadas desde los enfoques alternativos del materialismo de la identidad mente-cerebro, otras posturas antimaterialistas que se oponen a la Psiquiatría biológica, para finalizar con la concepción de Merleau-Ponty de los seres humanos como sujetos encarnados.

2.1 Perspectivas clásicas: dualismo cartesiano y materialismo

La doctrina cartesiana de las sustancias, a través de la que Descartes formulará una rígida escisión entre lo que él concebirá como, por un lado, la sustancia pensante (*res cogita*) y, por otro, la sustancia material (*res extensa*), entronizaría como la creencia fundamental que ha orientado una gran parte del pensamiento filosófico en la Modernidad y, en general, de las cosmovisiones imperantes en las sociedades occidentales, incluidas las contemporáneas. En efecto, dicho paradigma cartesiano se fue erigiendo como la pieza clave tanto para el corpus teórico como para la praxis médica occidental -biomedicina-; asentando las bases del moderno mundo occidental fundamentado pues, en dicho dualismo mente-cuerpo.

Descartes sostendría que el yo pensante era una sustancia mental distinta e independiente de cualquier otra cosa; mientras que el resto de objetos -inclusive el propio cuerpo- que eran capaces de ser pensados, componían una sustancia -material- absolutamente separada de aquella.

De este modo, cada una de estas sustancias poseería una esencia característica que la definiría como tal, siendo la de la sustancia mental el pensamiento, la razón, la conciencia; mientras que la de la sustancia material sería la extensión, es decir, la propiedad de ocupar un espacio determinado; cuyo correlato será que la explicación de la vida mental debe ser diferente en su tipo de la de los procesos en el mundo material.

De acuerdo con esta concepción, la explicación de los procesos cerebrales que tienen lugar en un sujeto concreto no pueden ser explicados, por ejemplo, considerando la influencia de la vida mental de dicha persona; sino que se hace menester un razonamiento más mecanicista, es decir, en términos de procesos meramente físicos y químicos (Matthews, 2017: 347).

El francés expondrá en su *Discurso del Método* (1637) el mantenimiento de la salud como soporte para los demás bienes en esta vida (Descartes, 1985: 143, citado en Matthews, 2017: 347). Así, de acuerdo con su perspectiva mecanicista, el cuerpo humano era percibido como una máquina, cuyos movimientos podían ser explicados mecánicamente; no teniendo tales movimientos de partículas propósito alguno, regidos pues por las leyes de la naturaleza que eran las leyes de la mecánica. Se hace evidente que partiendo de la noción dualista, la enfermedad corporal significaría, por tanto, algún tipo de disfuncionalidad en la máquina humana. De las enfermedades mentales también hablará en sus escritos. Así pues, en lugar de operar mecánicamente como sí lo haría la sustancia material, la sustancia mental no se regiría por dichas leyes de la física, sino por las de la razón (Descartes, 1984: 40, citado en Matthews, 2017: 348).

Si continuamos explorando en la naturaleza de la vida mental y su conexión con el cerebro -como tema filosófico nuclear-, fueron surgiendo distintas posiciones que pondrían de relieve las carencias de la doctrina cartesiana del dualismo de sustancias y, por tanto, formulando toda una serie de objeciones a la misma. No han sido poco los científicos que han puesto sobre la mesa la posibilidad de que determinados aspectos de ciertos trastornos mentales, como los delirios, se hallen relacionados con problemas en el funcionamiento

cerebral, así como que los daños cerebrales, por ejemplo, pueden conducir a un cambio de personalidad²².

Ahora bien, una de las claras objeciones que tomó forma en respuesta a la concepción dualista de la sustancia material y la sustancia mental es la conocida como teoría de la identidad mente-cerebro o materialismo clásico²³. Esta dará un giro a la forma de pensar las sustancias, entendiendo que en lugar de dos tipos distintos lo que se daría sería, por el contrario, una sola. El funcionamiento mental consistirá en ser parte misma del funcionamiento corporal y, más concretamente, del funcionamiento cerebral; de modo que, con el materialismo, la esfera mental quedaría completamente inmersa en el mundo físico. La influencia de la mente sobre el cuerpo -cerebro- y viceversa, se concibe así como la influencia de una parte de la sustancia sobre otra parte de la misma; así, la enfermedad mental no sería más que una enfermedad corporal. De este modo, al trascender la concepción dualista, la Psiquiatría encontró una clara oportunidad para igualar, o al menos acercar, su estatus científico al del resto de ciencias médicas que sí gozaban de un prestigio cada vez más asentado; imitando así, un modelo médico occidental basado, en suma, en la dimensión anatomofisiológica del ser humano y, por consiguiente, dotando de una supuesta objetividad científica a la Psiquiatría, pese a que esta en la práctica es, cuanto menos, dudosa. Al equiparar la mente con el cerebro y sus

²² En este sentido, el famoso caso del accidente sufrido en el siglo XIX por el trabajador ferroviario Phineas Gage fue analizado por el neurólogo A. Damasio en su obra *El error de Descartes* (1996), dedicando sus tres primeros capítulos al estudio de este caso sumamente controvertido tanto desde aspectos científicos como más concretamente sociales. Damasio dotará de un énfasis especial a la importancia de las emociones y sus consecuencias en la toma de decisiones, siendo evidente que el error cartesiano habría consistido en considerar que el pensar era una actividad ajena al cuerpo. El estudio del neurólogo portugués se centrará en corroborar que una lesión cerebral (en los lóbulos frontales) como la sufrida por el trabajador ferroviario, es capaz de borrar cualquier norma ética o moral que el sujeto pudiese haber aprendido y, por ende, suponiendo la existencia de una conexión directa entre dicha lesión cerebral y determinados trastornos de personalidad así como del comportamiento social. No obstante, como respuesta a esta perspectiva surgió una postura opuesta, defendida por el filósofo Z. Kotowicz (2007), cuya hipótesis planteará que las alteraciones en la conducta de Gage tuvieron su origen en el rechazo social que experimentó tras su recuperación del accidente; fundamentándose tal rechazo y marginación, por un lado, en el aspecto físico con el que habría quedado y, por otro, en la repulsión que generaría en otros individuos el hecho de que ya no poseía una parte de su cerebro.

²³ Como dos exponentes fundamentales de esta teoría, véase J. Smart y U. Place.

operaciones, desde esta perspectiva, el trastorno mental deviene como el resultado dañino de una presunta disfunción en los mecanismos internos que operan en el cerebro y el sistema nervioso (Matthews, 2017: 351).

En este punto precisamente se halla la rama de la Medicina denominada como Psiquiatría biológica, muchos de cuyos autores defienden que la Psiquiatría debe consistir, en último término, en revelar las bases neurológicas de las entidades de la enfermedad²⁴. Este enfoque psiquiátrico conocerá su máximo auge a mediados del siglo XX merced al imperio de la Psicofarmacología como el instrumento privilegiado de la Psiquiatría occidental. Así mismo, esta perspectiva filosófica materialista fue acogida con gran entusiasmo, sobre todo, por parte de la Psiquiatría estadounidense; la cual se habría visto desafiada y amenazada, de algún modo, por las corrientes freudianas del psicoanálisis en el siglo XX, dado que desde la Psiquiatría biomédica imperante este es concebido como un claro relato anti-psiquiátrico y por tanto, pseudocientífico²⁵.

Así, el empeño de la Psiquiatría por acogerse a los principios del materialismo serían debidos, fundamentalmente, al supuesto carácter indiscutiblemente científico que poseerían tales premisas materialistas; dotando pues a esta rama médica, de la condición científica de la que se habría hallado desposeída durante el tiempo que habría durado el auge del psicoanálisis.

Las premisas materialistas así como su afán de objetivismo científico, pueden contemplarse en el convencimiento por parte, entre otros, del filósofo P. Churchland (1981), quien defenderá un radical materialismo eliminativo. Según el mismo, el enfoque materialista devendría como un planteamiento tanto más efectivo como coherente a propósito de las interpretaciones de los fenómenos mentales, en general, y de los trastornos mentales, en particular; siendo la razón de ello que al vincularlos a la fisiología, la química y la genética del cerebro, se obtendría un estudio mucho más riguroso y científico, en contraste con las observaciones de una Psicología basada en un sentido

²⁴ Véase, por ejemplo, Murphy, D. (2006). *Psychiatry in the scientific image*. The MIT Press, Cambridge, MA/London.

²⁵ Pese a que el propio Freud concebiría, en principio, sus investigaciones como Psiquiatría biológica, sin embargo, no consumará sus interpretaciones de los desórdenes mentales en referencia a determinadas anomalías o desviaciones cerebrales; siendo esta la razón nuclear por la que sus trabajos no serán considerados, tanto por multitud de filósofos como de psiquiatras, como investigaciones genuinamente científicas.

común regido por la dicotomía mente-cuerpo (Churchland, 1981, citado en Matthews, 2017: 352). Estas ideas son de hecho, en la actualidad, acogidas por gran parte de la comunidad científica psiquiátrica, cuya fe se ve acrecentada en virtud de los avances en las Neurociencias.

Cabe mencionar que, como es imaginable según lo expuesto en puntos anteriores, uno de los grandes antagonistas de esta perspectiva psiquiátrica biológica es Szasz..

Una vez expuestas tanto la visión dicotómica cartesiana así como la del materialismo clásico, puede ser concluido que ambas abarcan un elemento común que acontece como el responsable de las contrariedades formuladas en lo que a la relación entre las enfermedades mentales y corporales representan. Puede afirmarse pues, que en ambas se hace manifiesto, bien de manera totalmente explícita, bien de manera menos explícita pero no por ello menos presente, la cuestión de que la mente refiere a una cosa como tal, a una sustancia. En el primer caso, esta supone una sustancia distinta e independiente del cerebro; en el segundo, la mente es asimismo una cosa idéntica al cerebro, por tanto, identificando la mente con el cerebro. Es, en efecto, esta idea, la que ha suscitado que algunos filósofos hayan decidido denominar a dicho materialismo como materialismo cartesiano (Matthews, 2017: 354).

2.2 Más allá de la visión clásica

Desde otras perspectivas que se han posicionado en contra del materialismo filosófico que defiende la identificación entre enfermedades mentales y cerebrales, se han aportado una suerte de argumentos que justificarían la necesidad de distinguir las unas de las otras. Uno de los que ha sido empleado es que ni la mente puede identificarse con el cerebro, ni los fenómenos mentales pueden reemplazarse para hablar de pensamientos, emociones y deseos, entre otros fenómenos mentales; puesto que estos últimos poseen determinados atributos que no pueden tener los procesos cerebrales: subjetividad e intencionalidad. En cuanto a la subjetividad, comportaría que al ser subjetivos, aquellos serían reconocibles no únicamente por su contenido, sino también por el sujeto que tiene un pensamiento con ese contenido concreto. En cambio, este sería un fenómeno que no se daría en los estados cerebrales (como la activación de ciertas neuronas), dado que los mismos quedan reconocidos por sus características físicoquímicas, y no por el cerebro en

el cual acontecen. Por otro lado, con respecto a la intencionalidad, se trataría de afirmar que los estados y procesos cerebrales no son intencionales, dado que intencionalidad aquí comporta el hecho de que cualquier estado mental se dirigiría necesariamente hacia un objeto: la relación de la conciencia con su objeto intencional específico. Usando el ejemplo de la neurona, esta se dispararía merced a sus propiedades mencionadas (Matthews, 2017: 353).

De modo que, si se toman tales enunciaciones como acertadas, se podría concluir que la posibilidad de que los trastornos mentales puedan ser satisfactoriamente demostrados en virtud de la disfunción cerebral quedaría excluida. Las disfunciones cerebrales no implicarían ni subjetividad ni intencionalidad²⁶ y, por lo tanto, no pueden explicar los rasgos definitorios esenciales del trastorno mental. Por consiguiente, se deducirá que aquello que se requiere en pos de una explicación que responda a cómo alguien llega a encontrarse en un determinado estado mental -también uno que es percibido como desordenado en un sentido psiquiátrico- será justamente algo que responderá al interrogante sobre por qué dicha persona se halla en ese estado subjetivo y que se detallaría por un propósito -intencionalidad- en relación con su mundo (Ibid.). El estado cerebral, por sí solo, no es suficiente para lograr una explicación del porqué que se aproxime a la complejidad inherente al fenómeno de los trastornos; para ello, en cambio, se hace menester intentar comprender los motivos de la persona. Dicho fenómeno acontece más ambiguo de lo que las perspectivas materialistas anhelan.

Así, desde la óptica materialista, el tratamiento idóneo para apaciguar los síntomas de los trastornos mentales se cimentará en el consumo de psicofármacos, generándose una alteración en el estado cerebral del sujeto que lo padece y, por tanto, sin encauzarse ni poniendo el foco en el aspecto subjetivo del desorden, sobre el cual sí que se centrarían las posturas antimaterialistas.

²⁶ Estudios que contradicen esta teoría son, por ejemplo, el estudio sobre las neuronas espejo en primates. Así, parece ser que estas neuronas pueden jugar un papel esencial en la intencionalidad y la subjetividad. Para más información véase Caggiano, V., Fogassi, L., Rizzolatti, G., Casile, A., Giese, M., and Thier, P. (2012). Mirror neurons encode the subjective value of an observed action. *National Academy of Sciences*, vol. 109, No. 29, pp. 11848-11853.

Si nos detenemos en ciertos autores que han abogado por una mirada antimaterialista, nos topamos con el psiquiatra R. D. Laing y el psicólogo clínico R. Bentall. Laing (2010), llevará a cabo detallados estudios sobre la esquizofrenia, haciendo uso del concepto de proceso metanoico de C. Jung (1913) en su Psicología analítica para referirse a una especie de proceso reformativo que tendría lugar en la psique del individuo durante un episodio de brote psicótico y cuya función sería la de la autocuración. Situándose en sintonía con las concepciones abrazadas por Jung acerca de que la metanoia (cambio de la mente) constituiría una transformación potencialmente provechosa, por lo que las crisis psicóticas no deben ser siempre frenadas, este autor defenderá que, de hecho, dicha represión del episodio psicótico -del proceso metanoico- solo desembocaría en la cronificación del trastorno, deviniendo como lo más adecuado dar rienda suelta a dicho proceso. Dado que el trastorno mental sería producto último de una especie de atascamiento existencial, este psiquiatra pondrá de relieve que los tratamientos por lo que aboga la Psiquiatría biológica suponen serios obstáculos para que el sujeto pase por una auténtica curación.

Es así que Laing parte de premisas claramente insertas en una fenomenología existencial, desde la que orientará su mirada especialmente al caso de la esquizofrenia, en contraste con el habitual *modus operandi* en la clínica psiquiátrica dirigido, fundamentalmente, hacia una transacción psicofarmacológica de psiquiatra a paciente. Apostando por un método existencial-fenomenológico como el único capaz de alcanzar una comprensión profunda del significado humano, rechazará de lleno los métodos de la Psiquiatría clínica. En lugar de entender el sufrimiento provocado por la esquizofrenia como un mero desequilibrio neuroquímico en el cerebro, la interpretación de la aflicción requeriría de una interpretación fenomenológica de la experiencia subjetiva personal del individuo, no abogando pues, por una etiología bioquímica de los trastornos mentales. La causa de las manifestaciones externas del fenómeno mental -su sintomatología- no se hallaría en una disfunción cerebral, sino que representarían una respuesta individual a los problemas existenciales como ser humano, debiendo ser explicados en términos de las razones de los pacientes para encontrar ciertas situaciones en sus vidas tan problemáticas que incluso serían percibidas como insuperables (Matthews, 2017: 353).

Si bien es claro el lugar desde el que toma rumbo el análisis de Laing, el de Bentall, en cambio, no partirá de premisas idénticas. Aunque este autor (Bentall, 2011) muestra estar seguro sobre el hecho de que son los elementos ambientales o psicológicos los

primordiales a estimar en lo que a la etiología de los trastornos mentales refiere, no obstante, también concederá significación a aquellos factores que serían de índole biológico, en el sentido de ciertas predisposiciones genéticas. Pero, como digo, otorgará a aquellos factores el papel detonante en el surgimiento de un sufrimiento mental severo; alegando el tremendo fracaso que habrían entrañado las hipótesis desplegadas por los defensores de la Psiquiatría biológica, quienes habrían instaurado un materialismo amparado en que las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales influidas de forma genética.

Sin duda para Bentall (2009: 265, citado en Matthews: 354) y en concordancia con Laing, la angustia mental debe ser pensada como una respuesta subjetiva a las contrariedades padecidas, en lugar de mantener la creencia de que es principalmente un colapso en los mecanismos cerebrales la causa última de aquella, descartando atribuir cualquier importancia central a la disfunción cerebral. En efecto, esta visión sobre el sufrimiento mental severo no habría apenas ayudado a paliarlo. Este hecho habría quedado en la actualidad lo suficientemente al descubierto como para trascender tanto el corpus teórico como la praxis planteada por la Psiquiatría biológica, ya que de acuerdo con este autor, diversos estudios habrían demostrado que solo un porcentaje muy pequeño de personas con un diagnóstico en algún trastorno mental grave habrían obtenidos beneficios reales a largo plazo mediante el consumo de psicofármacos.

Así mismo, las posturas brindadas por Laing y Bentall, pueden ser consideradas a la luz de una especie de dualismo de espíritu, pese a que ellos mismos rechacen expresamente la creencia dicotómica cartesiana; ofreciendo pues, una interpretación dualista o mentalista, en contraste con una explicación materialista o fisicalista.

Podemos advertir como, por un lado, se nos ofrece una perspectiva materialista la cual incide sobremanera en el ámbito interior del ser humano y, concretamente, en su parte corporal interna: el cerebro y sus mecanismos. Por otro, y contrastando con esta, la perspectiva antimaterialista situará el foco, especialmente, en la exterioridad, en aquellos factores ambientales, aunque también psicológicos, en los que habríamos de indagar y explorar en orden a encontrar la clave para una comprensión lo más profunda posible del sufrimiento mental. En suma, en una exterioridad que para el sujeto de la aflicción implica un entorno marcado por relaciones insatisfactorias con otros seres humanos.

2.3 Los sujetos encarnados (embodied)

En lo que continúa, expondré otra posible perspectiva como forma de encarar el dilema de la relación entre la mente y el cerebro; cuyas explicaciones veremos si se mostrarán más satisfactorias que las recientemente descritas. Esta otra perspectiva partirá del cuestionamiento de un asunto ya evidenciado: la premisa de que la mente se refiere a una cosa -a una sustancia-, ya sea completamente distinta al cerebro (dualismo), ya sea la misma e idéntica cosa que este (materialismo o fisicalismo). De acuerdo con esta nueva propuesta, dicha proposición ha de ser seriamente examinada, haciéndose necesario alejarse de esta hipótesis por la que tan ampliamente se habría apostado.

El primer enfoque filosófico alternativo que ha de ser apuntado en este sentido es el método fenomenológico instaurado por E. Husserl (1859-1938). Uno de los matices esenciales de dicho método sería la necesidad de esquivar todas las presuposiciones acerca de lo que es la mente y considerar nuestra experiencia real de un modo desprovisto de dichas presuposiciones. Deshacernos de la noción que tan interiorizada tenemos de la mente como una cosa en sí misma y, en su lugar, describir los fenómenos tal y como son experimentados por nosotros mismos. Se haría necesario deshacernos no solo del concepto de mente que habría sido edificado mediante presupuestos filosóficos y científicos, sino también de otros que guardarían relación con la comprensión de la misma; toda una suerte de categorizaciones y abstracciones que nos impedirían un auténtico discernimiento de los acontecimientos.

Así, Husserl (1970, citado en Matthews, 2017: 355) será quien asiente algunas de las bases para un nuevo enfoque de las relaciones entre el cuerpo y la mente en este sentido, siendo el filósofo francés Merleau-Ponty (1994) quien desarrollará, con incluso mayor calado y plenitud, la perspectiva fenomenológica. En cualquier caso, este enfoque partirá del entendimiento de que es en el trato con otros individuos cuando experimentamos las mentes: expresamos nuestros pensamientos y sentimientos, escuchamos a los otros, respondemos, y un largo etcétera. Por lo tanto, la experimentación de las mentes tiene su origen en el experimentarnos a nosotros mismos como sujetos y a los otros también como tales. En este sentido, la clave en aras de entender las teorizaciones de Merleau-Ponty será la de sujetos encarnados: experimentar a alguien como sujeto es necesariamente experimentarlo como encarnado. Esto significa que nos relacionamos con el mundo al

igual que lo hacen los objetos, conectados espacial y causalmente a estos; del mismo modo que también percibimos significados en tales objetos.

Desde esta óptica, ser sujeto y estar encarnado son dos cosas indisolubles, somos intrínsecamente encarnados; nuestro sujeto, nuestro cuerpo, habita una espacialidad concreta. Somos capaces de experimentar lo que nos rodea, el mundo, al mismo tiempo que a nosotros mismos porque nos hallamos encarnados -embodied- particularmente, lo que quiere decir que poseemos facultades que se conectan con los sentidos, que tenemos también una específica ubicación espacio-temporal desde la que percibimos, comprendemos, aprehendemos las cosas presentes en el mundo. Así, el modo en el que nos encontramos en el mundo es subjetivo, en el sentido de que somos sujetos animados y poseemos la facultad interpretativa de dicho mundo que nos circunda, de otros objetos así como de otras personas (Matthews, 2017: 356). En términos orteguianos, unas circunstancias de un tiempo y un espacio concreto²⁷.

Dirá Merleau-Ponty, en relación a su concepción de sujetos encarnados (embodied) habitando una concreta espacialidad:

El análisis de la espacialidad corporal nos ha conducido a unos resultados que pueden generalizarse. Constatamos por primera vez, respecto del propio cuerpo, lo que es verdad de todas las cosas percibidas: que la percepción del espacio y la percepción de la cosa, la espacialidad de la cosa y su ser de cosa, no constituyen dos problemas distintos. La tradición cartesiana y kantiana nos lo enseñan ya; hace de las determinaciones espaciales la esencia del objeto, muestra en la existencia partes extra partes, en la dispersión espacial, el único sentido posible de la existencia en sí. Pero clarifica la percepción del objeto por la percepción del espacio, mientras que la experiencia del propio cuerpo nos enseña a arraigar el espacio en la existencia. (...). Ser cuerpo es estar anudado a un cierto mundo, nosotros y nuestro cuerpo no está, ante todo, en el espacio: es del espacio (1994: 165).

²⁷ Recordemos el aforismo de Ortega y Gasset ``Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo.´´, en sus *Meditaciones del Quijote* (2004).

Esta concepción de sujetos encarnados supone un giro importante en el modo de pensar la relación entre mente y cerebro; de modo que actividades tales como pensar, desear, sentir, entre otras, no serán explicadas en términos ceñidos meramente a las nociones de mente o cerebro, sino que abarcarán mucho más, concibiéndolas como actividades que exigen pensar en el ser humano en su totalidad, de un modo mucho más profundo y complejo que las propuestas dualistas y materialistas. Se hace evidente cómo este cambio en la mirada conlleva así mismo una transformación radical en la forma de entender los trastornos tanto mentales como físicos, al tiempo que lo que se valorará como pertinente en relación a los tratamientos que deberán seguirse, debiendo ser puesto el foco, por tanto, en seres humanos pensados de forma íntegra.

Si somos seres encarnados, por consiguiente, nuestras respuestas a nuestro entorno del que somos inmanentemente parte, comportará toda una multiplicidad de reacciones corporales, entrando en acción, por tanto, los mecanismos y procesos cerebrales con sus consecuentes transformaciones neuroquímicas²⁸ (Matthews, 2017: 356).

La corriente fenomenológica continuada y desarrollada pues en mayor profundidad por Merleau-Ponty, ha sido usada, por parte de un gran número de filósofos y científicos cognitivos, como un pilar fundamental en los estudios a propósito de la cognición encarnada (*embodied cognition*). La mirada de la cognición encarnada sostiene que la cognición se fundamenta en componentes de su encarnación sensoriomotora, debiendo ser comprendida como el producto de una interacción dinámica de procesos corporales

²⁸ En este sentido, se tomará como ejemplo el hecho del sentimiento depresivo por parte de un sujeto. Así, la aflicción padecida originará una considerable disminución de los niveles de serotonina en su cerebro; no obstante, dicho decrecimiento, desde este punto de vista, no explica la depresión de forma absoluta, sino que formaría parte de la explicación, siendo necesaria la indagación sobre la situación concreta que ha conducido a la persona a ver tal situación del modo -depresivo- en que lo hace; pudiendo ser, por tanto, la depresión una respuesta a una situación vivida como intensamente trágica por el sujeto. Una cosa es que estemos en lo cierto al afirmar que la depresión conduce a una modificación en los niveles de serotonina según las hipótesis más o menos triunfantes en la Psiquiatría biológica, y otra muy distinta y, a mi juicio, potencialmente perniciosa y que suele hacerse desde esta rama médica, que dicho desequilibrio neuroquímico sea interpretado como la causa última de la depresión; en el sentido etiológico de que la depresión es causada por dicho desequilibrio y, por tanto, el único modo de que el individuo abandone ese estado de sufrimiento sea mediante un tratamiento psicofarmacológico en aras de restaurar el equilibrio. No obstante, también es cierto que la medicación puede ser un instrumento que ayude a atenuar ese estado de ánimo melancólico.

(no neuronales) así como neuronales (Wilson, 2002; Shapiro, 2007, 2012; Foglia y Wilson, 2013, citado en Varga, 2018: 242). De manera que, en virtud de distintos avances científico-tecnológicos y de la reflexión filosófica, ha sido puesto de manifiesto la necesidad de un revisión del paradigma cognitivista clásico del procesamiento de la información y, con él, del exacerbado centralismo del cerebro -internalismo- con el objetivo de indagar en perspectivas alternativas -o, quizás, complementarias- a dicho paradigma. Así, desde enfoques tales como el de la cognición corporeizada (y también la situada y enactiva; que, no obstante, entre estas tres concepciones hay una suerte de matices sobre los que no me detendré), pese a carecer aún de un corpus epistemológico como el del cognitivismo clásico, su origen interdisciplinario y su concepción más relacional acerca de la estructura y la actividad cognitiva juegan un importante papel a su favor, alejando de este modo a la mente de ese solipsismo característico de las perspectivas cartesianas y kantianas. Desde estos enfoques renovados no se aboga por suprimir el papel del cerebro, sino que se defiende una ciencia cognitiva que conciba la estructura y el funcionamiento de la cognición en relación al cuerpo, al contexto y a la tecnología, no ciñéndose únicamente al terreno de lo neuronal (Restrepo, 2018: 123).

Por todo ello, la renovación de los presupuestos instaurados por la tradición fenomenológica y que toma forma en el desarrollo de las ciencias cognitivas -especialmente en la reciente perspectiva de la cognición encarnada-, está experimentando un importante auge de la mano de numerosos profesionales de la Psiquiatría y la Psicología. Se hace evidente que los defensores de la cognición encarnada muestran una férrea oposición a la dicotomía mente-cuerpo; siendo fundamental la labor llevada a cabo por Merleau-Ponty al rechazar las tentativas por delimitar la semántica en un universo simbólico funcionalmente separado de los sistemas sensoriomotores, así como su comprensión de la mente entrelazada con el cuerpo, el mundo y la acción (Varga, 2018: 242).

Es así que los presupuestos de algunas de las perspectivas de la cognición encarnada -así como enactiva- funcionan como cimiento de la fusión de ciertas metodologías empíricas y fenomenológicas²⁹. Esa noción de la mente encarnada y con sentido enfatiza en un itinerario que se halla conformado por la experiencia perceptiva, la conciencia y la

²⁹ A este respecto, destaca el trabajo de M. Ratcliffe (2008, Ratcliffe y Stephan, 2014), entranando el uso de métodos de investigación social en cuanto a los estados afectivos.

perspectiva en primera persona, siendo esto la base de todo procesamiento mental. Si esto lo acomodamos al fenómeno del trastorno mental, este emergería como consecuencia de ciertas alteraciones en la interacción incorporada con el entorno que circunda al sujeto, y no meramente de disfunciones orgánicas internas.

Para este tipo de enfoques los relatos en primera persona -experiencia del paciente- poseen un papel primordial en la aproximación al trastorno mental, siendo dicha narrativa nuclear para la comprensión del trastorno por parte del profesional. Otro de los puntos relevantes de estas posturas se corresponde con el hecho de que, en muchos casos, implica soslayar las categorías psiquiátricas de diagnóstico establecidas por el modelo médico imperante. Lo que conlleva, a su vez, que el foco se dirija particularmente a la vida subjetiva y a los síntomas expresados por el paciente (Stanghellini, 2004).

Tras lo expuesto, se puede observar cómo las discrepancias en cuanto a la naturaleza de lo mental continúan estando vigentes. Es en el debate contemporáneo en relación a la misma donde las ciencias cognitivas y, por ende, la Filosofía juegan un papel central, cuyo propósito esencial abarca el anhelo por ir desentrañando las incógnitas que abarca, donde el trastorno mental supone un interrogante al que numerosos análisis prestan su atención.

Se puede advertir pues, cómo los conceptos de la mente y lo mental han ido paulatinamente siendo eclipsados por una aprobación bastante generalizada en pos de lo cognitivo.

Finalmente, añadir que la perspectiva de la cognición encarnada será retomada y examinada con mayor profundidad en la última parte del trabajo.

3. Diagnóstico y clasificación psiquiátrica: problemas filosóficos

A lo largo de las líneas escritas, se ha tratado de exponer cómo tanto los fenómenos -y, por ende, los conceptos- de salud y enfermedad, en general, y de salud y enfermedad mental, en particular, al tiempo que la relación entre la mente y el cerebro como eje nuclear en aras de pensar los denominados trastornos mentales, han sido susceptibles a lo largo de la historia hasta la actualidad, de las más diversas interpretaciones y, por tanto, distinguiéndose sobremanera los modos de aproximación y abordaje de los mismos.

En este apartado, sin embargo, me dedicaré a examinar cuál es la realidad subyacente a los diagnósticos de los trastornos mentales, hallándose en íntima conexión con las categorías clasificatorias psiquiátricas, dado que estas constituyen la brújula principal para la interpretación de los síntomas, los cuales son transformados por parte del profesional psiquiátrico en signos objetivos para, de este modo, habilitar su inserción en aquellas categorías y poder, finalmente, prescribir el supuesto tratamiento más adecuado a cada caso en cuestión. Así mismo, los síntomas continuarán siendo observados e reinterpretados, cuyo transcurso de la enfermedad mental será un elemento clave a propósito de una posible modificación en el tratamiento o en la categoría psiquiátrica a la cual corresponderían tales síntomas.

Las categorías diagnósticas han sufrido a lo largo de las décadas numerosas modificaciones, fruto de alteraciones en el corpus teórico y práctico médico-psiquiátrico y que son consideradas, las más de las veces, como avances en pos de una Psiquiatría presuntamente cada vez más científica. De modo que, las condiciones a las que debería ceñirse el concepto de lo mental han sido, en el devenir de las décadas, algunas excluidas para ser incluidas otras, ambas producto de todo un complejo entramado de elementos que guardan relación con el ámbito psiquiátrico³⁰.

Ahora bien, algo que ha imperado dentro del marco biomédico ha sido el modelo de dos partes de la patología: los procesos orgánicos disfuncionales internos del individuo

³⁰ En este sentido, durante un tiempo ciertas circunstancias que presentaban síntomas mentales fueron integradas dentro de estas categorías, siendo posteriormente descartadas dado que fue demostrado que serían consecuencia de daños cerebrales específicos y localizables; por tanto, no se incorporarían en lo pertinente al orden psiquiátrico, sino neurológico.

manifiestan y son causalmente responsables de los signos y síntomas que pueden ser observados; ambas etapas, conformarían pues lo conocido como enfermedad (Radden, 2019: 4). En este sentido, los trastornos mentales han sido acotados, desde diversas teorías, haciendo referencia a categorías psicológicas que tienen que ver con facultades tales como la percepción, la memoria o la cognición, entre otras; como, por ejemplo, el delirio se conectaría con un proceso cognitivo defectuoso. Así pues desde esta óptica, mientras que la enfermedad física no requiere de las facultades psicológicas en orden a explicar las causas internas, el trastorno mental sí que lo precisaría (Wakefield, 1997, citado en Radden, 2019: 4). En cambio, como ya he mencionado en otros puntos anteriores, otras teorías insertas sobre todo en las ciencias sociales, pondrán el foco sobre las consecuencias sobre el funcionamiento social y personal del individuo.

Es este modelo de dos partes o etapas de la patología (características internas así como las observables externamente) el defendido en la mayoría de definiciones y, por tanto, en las clasificaciones aportadas por la American Psychiatric Association; ya se trate de características internas referidas a lo orgánico o/y a lo psicológico. Es así que la APA (2013: 20) define el trastorno mental como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, regulación emocional o comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo subyacentes al funcionamiento mental. No obstante, dependiendo de la teoría que se trate, unas enfatizarán más en las condiciones, otras en las manifestaciones externas observables (síntomas-signos) o en ambas. Ninguna de estas está libre de debilidades.

Por un lado, como ya fue descrito con anterioridad, la debilidad de aquellas teorías que sitúan el foco en las disfuncionalidades, discapacidades o incapacidades descansaría en el relativismo que ineludiblemente hacen emerger dado los aspectos que pretenden manejar. De manera que un síntoma mental concebido como disfuncional en un contexto sociocultural particular puede ser, sin embargo, percibido como un rasgo normal o incluso útil en otro distinto. Por añadidura, se hace menester la distinción de lo que supone un trastorno mental en sentido estricto, de una desviación o de una respuesta que una persona muestra y que puede -y de hecho, debe- ser considerada como completamente normal, dado que somos seres humanos inmersos en una vida que es inexorablemente dramática, plagada de adversidades y ante las cuales unas reaccionan de una manera y otras de otra, estando el sufrimiento cuanto menos presente en la experiencia humana.

Por otro lado, las perspectivas que ponen el énfasis en las características internas orgánicas las cuales serían, en último término, responsables de las manifestaciones externas del trastorno mental, devienen como especulaciones e hipótesis que adolecen de una base verdaderamente sólida y que haya sido, por tanto, plenamente corroborada. Tal es el caso, por ejemplo, de las teorías que defienden un supuesto gen hereditario y causante de la esquizofrenia. Estas son hipótesis -de larga tradición, como ha sido expuesto en puntos anteriores- que parten de unos supuestos procesos que tendrían lugar en el cerebro y que, aunque lejos de ser confirmados, podrían en un futuro cercano ser definitivamente descubiertos en virtud de los avances en las Neurociencias y, una vez superados toda una serie de impedimentos que presentan, lograr quizás establecer modelos explicativos viables y eficaces.

3.1 Diagnóstico y categorías psiquiátricas

En estas líneas que continúan trataré de esbozar las controversias que se erigen en relación a las progresivas construcciones del diagnóstico psiquiátrico y, por consiguiente, de las categorías que impregnan el ámbito de la Psiquiatría. Se plantea así la cuestión emergente acerca de la posibilidad de una exclusión del diagnóstico dado el fracaso de aquella para validar sus clasificaciones y abarcar de manera satisfactoria la complejidad inherente al fenómeno de las enfermedades mentales.

Cada vez son más las voces que aluden a toda una suerte de fallas en las clasificaciones psiquiátricas dominantes, expresando un recelo hacia estas como herramientas realmente útiles para la investigación dependiente de aquellas. Se llamará la atención a la inconsistencia en los hallazgos que tienden a producir, siendo verdaderamente ambiguos, al tiempo que las categorías involucradas muestran serios problemas de construcción y validez predictiva, deviniendo en definiciones fenotípicas imprecisas, con una heterogeneidad generalizada y con morbilidad extensa (Cuthbert y Insel, 2013; Poland, 2014, citado en Radden, 2019: 11). Todas estas circunstancias han generado que el terreno de las enfermedades mentales devenga como un dominio hartamente pobre, desembocando en la extendida declaración de una crisis en la práctica de investigación en salud mental (Poland y Von Eckardt, 2013). Es en este marco de preocupación generalizada donde ha surgido en los últimos años una propuesta que apoya el desarrollo de nuevos criterios dimensionales en el abordaje de la investigación: Research Domain Criteria (RDoC).

Sobre este nuevo paradigma para clasificar objetos de investigación psiquiátrica me detendré más adelante.

La uniformidad pretendida de las clasificaciones psiquiátricas ha tenido como objetivos, entre otros, mejorar la confiabilidad entre los diagnósticos, así como se ha mantenido durante largo tiempo la esperanza en que estas serían fiables para la investigación en cuanto a la validación de tales categorías refiere. Sin embargo, como acabo de señalar, el fracaso en la utilidad de las mismas para producir resultados fructíferos en la investigación ha sido el motivo fundamental para el surgimiento de los RDoC. Ha sido así que, en las últimas décadas, las críticas hacia todo el entramado de clasificaciones psiquiátricas han sido una de las grandes protagonistas en el ámbito médico; contrastando con las pretensiones de la Psiquiatría para erigirse como una auténtica autoridad científica, pudiendo equipararse en estatus al resto de ramas médicas. Sin embargo, este afán se ha visto constantemente puesto en cuestionamiento como resultado de -además de la escasa neutralidad de valor de sus clasificaciones- su dudosa metodología e ineficacia del sistema categórico empleado.

Distintos análisis filosóficos, no obstante, se han concentrado en la descripción de los síntomas particulares, desdeñando tales categorías de diagnóstico del DSM e ICD de las cuales se presume que son manifestaciones clínicas, haciendo uso en ciertos casos de, por ejemplo, categorías revisadas como ``afecciones relacionadas con la angustia'' (Bolton, 2012) o ``alucinaciones reales'' (Bolton, 2012; Ratcliffe, 2017, citado en Radden, 2019: 11).

Con respecto a las clasificaciones establecidas por el DSM, cabría señalar que estas se suscriben al modelo clásico de enfermedad del siglo XIX, según el cual toda enfermedad constituiría una entidad discretamente limitada de la que formarían parte una serie de síntomas causados por ciertos procesos orgánicos que yacerían en el interior del sujeto. Sin embargo, como se ha podido ir apreciando a lo largo de este trabajo, el cuestionamiento sobre la viabilidad de la aplicación de dicho modelo al caso de las enfermedades mentales así como su validez ha estado constantemente presente. A este respecto, se ha alegado que en lugar de hacer uso de la idea de validez³¹, debería ser asumido la utilización del concepto estadístico de validez predictiva o pronóstica, ya que

³¹ Con el concepto de validez no nos referimos al concepto lógico de validez deductiva, sino a lo correcto o apropiado que pueden llegar a ser los modelos. El término validez es tomado en un sentido más amplio.

esta no haría alusión a las supuestas causas subyacentes. Se ha manifestado también, en relación a estar tales categorías discretamente delimitadas, que muchos trastornos parecen ser continuos con estados normales. Así mismo, en cuanto a la hipótesis de la presunta causa común de acuerdo a la cual un síndrome se explicaría por una sola característica inherente, esta ha sido cuestionada merced a que ciertas condiciones de diagnóstico, tales como el trastorno de estrés postraumático, parecen surgir más claramente de elementos del contexto sociocultural y económico -así como ejercer un mayor influjo en el curso del mismo trastorno- que por factores hipotéticos de causas genéticas, neurológicas o biológicas idiopáticas (Borsboom y Cramer, 2013, citado en Radden, 2019: 12).

En relación al diagnóstico de los trastornos mentales, surge también otra cuestión que no deja de ser subrayada dado su preocupante incremento en las sociedades occidentales: el sobrediagnóstico y, con él, la sobremedicación de la población. Aquí nuevamente tiene su papel el DSM, ya que con cada edición renovada no ha dejado de aumentar el número de categorías diagnósticas al igual que las circunstancias abarcadas por cada clasificación también han sufrido una expansión. Esto no ha hecho más que intensificar la inquietud y el recelo hacia tales taxonomías, suscitando críticas acerca de los límites del trastorno mental y de los estados normales y mentalmente sanos; polemizándose el papel de la Psiquiatría en cuanto ciencia encargada de dictar normas de funcionamiento psíquico saludable (Radden, 2019: 12). Así mismo, no faltan tampoco las críticas filosóficas dirigidas hacia la sobremedicación, yendo de la mano de la intensificación de la presencia de las Neurociencias en la Psiquiatría, con la consecuente subordinación e invisibilización de las narrativas de los sujetos del diagnóstico así como el fuerte influjo de la alianza entre industria psicofarmacológica en la potenciación de dicha sobremedicación³².

3.2 Crisis de validez de la Psiquiatría: propuesta del Research Domain Criteria (RDoC)

Es evidente que el impacto que han tenido y continúan teniendo las clasificaciones diagnósticas del DSM e ICD es significativo y no debe ser subestimado. Sin embargo, se

³² Para un estudio detallado, véase Moncriff, J. (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.

da una actitud escéptica y crítica bastante extendida hacia la limitada eficacia de tales categorías, tanto desde dentro de la propia Psiquiatría como desde los análisis filosóficos. Así, se ha hecho énfasis en que los avances científicos no han ido acompañados de un perfeccionamiento en el diagnóstico y tampoco en el tratamiento de los trastornos mentales. Es por ello que muchos afirman que todos estos problemas se relacionan con las definiciones de enfermedades mentales propuestas en tales manuales, además de que las fronteras entre unas y otras no son lo suficientemente nítidas.

El DSM constituye la guía para la asignación de un diagnóstico concreto, en donde las clasificaciones acordadas por los miembros de la APA reseñan una serie de síntomas³³; proporcionando dicho manual una especie de lenguaje común -y muchas veces percibido como universal- entre todos aquellos profesionales psiquiátricos, a la vez que generando una impresión de objetividad y neutralidad dado que el veredicto en la clínica aparenta ser independiente del psiquiatra que lo concluye.

Es en este clima de una desconfianza considerable hacia esta taxonomía tradicional donde debemos situar la eclosión del marco del RDoC. Este nuevo paradigma para clasificar objetos de investigación psiquiátrica deviene así como una novedosa herramienta de clasificación para investigadores psiquiátricos presentada por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH).

El RDoC permite a los investigadores estructurar sus estudios sin acudir a las ancladas categorías del DSM, presentando sus experimentos como componentes fundamentales del funcionamiento mental o en términos de dominios de investigación. Uno de los ejes de la propuesta comprende desde unidades de análisis, que irían desde los genes hasta el comportamiento, y cuyo objetivo es fomentar un cambio profundo en la forma en que se conciben y ensamblan las muestras de investigación. No obstante, en algunos casos, los

³³ Martínez (2011: 51) manifestará que una de las estrategias médicas es reconvertir los síntomas (evidencia subjetiva de la enfermedad) en signos (también denominado síntoma objetivo y sería la evidencia objetiva de la enfermedad en tanto definida por el profesional). Este afirmará que las clasificaciones psiquiátricas son clínicas, centradas en los signos y síntomas, y/o patocrónicas, basadas en el curso; pero no etiopatogénicas (causales) o anatomopatológicas (de localización del trastorno). De manera que el clínico, con el objetivo de establecer un tratamiento somático mediante psicofármacos a partir del diagnóstico, se ve obligado a la búsqueda de indicios y hechos (signos) -que supuestamente serían universales-, cuya búsqueda debe ceñirse meramente a una interpretación de los síntomas expresados y tomando como base las descripciones de las categorías diagnósticas.

enfoques alentados por el NIMH requieren el estudio de mecanismos que atraviesen las categorías de diagnóstico tradicionales y los investigadores del RDoC pueden reunir cualquier población pertinente a su dominio de interés³⁴ (Tabb, 2015: 1052).

Debido a su uso generalizado en la formulación de hipótesis científicas sobre el trastorno mental, el DSM ha determinado en gran medida los objetos de la investigación psiquiátrica, de manera que sus criterios de diagnóstico son ampliamente utilizados para reunir poblaciones de prueba para diversos estudios. Así, la presunción latente -y que es el punto clave de la crítica por parte de numerosos investigadores psiquiátricos- es que los criterios puestos en práctica para diagnosticar los tipos clínicos, también seleccionarán con éxito las poblaciones sobre las cuales se pueden descubrir hechos biomédicos relevantes. Tabb (2015: 1054), denominará este hecho discriminación diagnóstica, tomando prestado este término de la psicometría.

Imbricándose con lo anterior, la cuestión es que las categorías del DSM agrupan a los sujetos en base a la sintomatología expresada por estos, la cuales serían un producto

³⁴ A este parecer, por ejemplo, un grupo que investiga los circuitos de miedo -cuya construcción de interés abarcaría miedo/amenaza aguda; dominio: sistemas de valencia negativa; unidad: circuitos- podría usar como prueba a los pacientes de la población que buscan ayuda médica para la ansiedad, independientemente de si se encuentran con algún criterio de diagnóstico. Aquí interesa que, para descargar la investigación psiquiátrica de las restricciones de una taxonomía advertida como ineficaz, el NIMH ha arriesgado por la discriminación de objetivos de investigación que trascienden las establecidas por el DSM, desafiando los límites diagnósticos existentes, dando en principio un paso más en el progreso de la Psiquiatría mediante la investigación sobre inferencias válidas acerca de las causas subyacentes del trastorno psiquiátrico (Tabb, 2015: 1052). No obstante, cabría señalar que además del impedimento que suponen las tradicionales nosologías psiquiátricas para el avance de la Psiquiatría biomédica, existen otros muchos, tales como la complejidad del cerebro humano, al tiempo que las explicaciones acerca de los trastornos mentales continuarán siempre siendo incompletas sin contribuciones por parte de la Psicología, las ciencias sociales y las humanidades. Por añadidura, como bien han afirmado ciertos autores -y aunque refiriéndose estos a las nosologías tradicionales puede ser igualmente aplicado al RDoC-, las descripciones operacionales del DSM descuidan el hecho de que además de manifestar las consecuencias relativamente directas de las anomalías neurobiológicas, los pacientes reaccionan a sus anomalías en todo tipo de formas que a veces pueden requerir las categorías de significado y experiencia para ser entendidas o explicadas (Sass, Parnas y Zahavi 2011: 16, citado en Tabb, 2015: 1054). De modo que, ciertos clínicos y filósofos de la Psiquiatría fenomenológicamente orientados, han defendido que estos caracteres experienciales de los trastornos mentales deberían ser metas de validación (Mishara y Schwartz 2010, citado en Tabb, 2015: 1054).

causal de mecanismos orgánicos subyacentes. Se critica pues que esto es un claro error, dado que realmente no ha sido validado dicho mecanismo biológico causal. De hecho, el argumento histórico que comúnmente se usa es que las categorías del DSM, que comenzaron con su primera edición en 1952, han sido construidas antes de los descubrimientos genéticos y neurocientíficos más relevantes -además de que las distintas versiones del DSM se ciñen a los requisitos del enfoque categórico neokraepeliniano-, siendo así que el objetivo de esta primera edición consistía en recopilar información estadística, en lugar de biomédica. Y es algo evidente que, con algunas excepciones, la estructura nosológica del DSM-5 se ha mantenido estable.

Por lo tanto, se puede afirmar que, teniendo en cuenta los orígenes del manual y pese a que el mismo ha proporcionado históricamente las variables para los estudios cuyo fin consiste en validar las construcciones psiquiátricas, tales categorías no ofrecen la confianza de que serán discriminatorias en la forma relevante para la investigación biomédica (Ibid.).

No cabe duda que el papel central del DSM -y probablemente también del RDoC- tanto en la clínica como en la investigación va de la mano de los intereses de la industria psicofarmacológica, hecho que se hace patente con la medicalización de ciertas características inherentes a la condición humana o la transformación de problemas humanos en problemas médicos. Esto queda revelado con la proliferación de las categorías diagnósticas así como una mayor abarcabilidad de las mismas; pero sobre esto no me detendré pues excedería los límites de extensión de este trabajo.

De modo que es en este marco epistemológico del DSM, donde las explicaciones etiológicas acerca de los trastornos mentales se hallan tan desalentadas y donde la Psiquiatría no ha podido identificar aún las entidades de enfermedades similares a las del resto de la Medicina -y, por tanto, en un clima de búsqueda de una salida a la crisis de validez de la esta rama médica-, en el que debe ser contextualizada la apuesta alternativa de investigación del RDoC. Esta emerge así en aras de una indagación acerca de los mecanismos causales subyacente en los trastornos mentales así como una mejora de los tratamientos en los sujetos.

Así mismo, puede afirmarse que aquello que es diagnosticado en la clínica psiquiátrica así como tratado, se circunscribe meramente a la sintomatología expresada por el paciente, pero no a entidades de enfermedades, ya que las nosologías dominantes del

DSM manejadas en la clínica no han sido ratificadas, validadas científicamente, en el sentido de que unos determinados síntomas se correspondan efectivamente con una suerte de mecanismos biológicos subyacentes; de ahí pues el reclamos por parte de muchos psiquiatras acerca de la necesidad de usar otros criterios alternativos a los del DSM para lograr una investigación biomédica verdaderamente válida y fructífera en Psiquiatría.

Aunque el RDoC también se basa en construcciones, sus diseñadores han hecho hincapié en que las mismas han sido elaboradas para ser lo suficientemente amplias como para ser capaces de integrar los paradigmas más importantes presentes en la investigación psiquiátrica contemporánea. No obstante, como es de suponer según lo expuesto, el RDoC manifiesta claramente el privilegio sobre los circuitos cerebrales, basándose en el razonamiento de que es en este nivel donde la ciencia está alcanzando entendimiento más sobresaliente de los mecanismos subyacentes del comportamiento. En este sentido, Bolton (2013) expondrá que la afirmación del NIMH de que todas las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales no tiene por qué ser reduccionista, dado que el cerebro puede verse incorporado en una red compleja de relaciones causales las cuales se prolongan más allá del sujeto en cuestión (Tabb, 2015: 1055).

Este privilegio otorgado por el RDoC a lo cerebral, como es de imaginar, ha despertado multitud de críticas por parte sobre todo de las ciencias sociales y las humanidades, pero también desde defensores de una disciplina psiquiátrica crítica. A este respecto, el RDoC ha sido juzgado, además de por su concepción de validez, por su continua aceptación de presupuestos clínicos y médicos que asignan el trastorno al individuo en lugar de tomar en consideración como un factor fundamental el contexto sociocultural, invisibilizando el papel de la agencia personal, alimentando una concepción arraigadamente individualista y, por ende, adoleciendo de una perspectiva holística.

4. Embodied cognition

En una sección anterior, fueron perfiladas algunas nociones sobre la cognición encarnada así como la contribución central de la fenomenología en lo que a la misma refiere, de modo que en los apartados que continúan me dedicaré a tratarla en mayor profundidad. Se expuso cómo la corriente fenomenológica iniciada por Husserl en el siglo XX fue continuada por filósofos tales como Merleau-Ponty, al igual que por Heidegger y Sartre, entre otros. Ya en los primeros trabajos desarrollados por aquel se pueden observar análisis de distintos aspectos encarnados de la percepción y la cognición. La corriente fenomenológica, entendida como metodología, se conecta así con las investigaciones científicas de la cognición encarnada, dado que numerosos seguidores de aquella forman parte de investigaciones teóricas y empíricas actuales en las ciencias cognitivas.

Como digo, la fenomenología de Merleau-Ponty se ha erigido como eje central y conductor en las ciencias cognitivas actuales, en lo que ha sido denominado como corrientes post-cognitivistas. Este amplio campo científico supone una interdisciplinariedad en cuanto a la cognición, incluyendo tanto la percepción como la emoción. Estos nuevos proyectos en ciencias cognitivas han abrazado con enorme interés la dimensión fenomenológica de la cognición; deviniendo como profundamente críticos con la concepción tradicional de la ciencia cognitiva, la cual se ha sustentado largo tiempo en el análisis computacional y el procesamiento de información inconsciente basada en la idea del cerebro como funcional.

Son pues estos enfoques post-cognitivistas abarcadores de una concepción sobre la cognición y el comportamiento en términos de la interacción dinámica (acoplamiento) de un sistema incorporado que está incrustado en el entorno circundante, cuyos términos claves son la encarnación y la integración ambiental (Calvo y Gomila, 2008: 7, citado en Pollard, 2014: 3). Así, de la teoría de la percepción brindada por Merleau-Ponty consistente en un conjunto de descripciones fenomenológicas, derivaría una serie de argumentos que convergen con el trabajo en las ciencias cognitivas empíricas y la Filosofía de la mente contemporánea en lo que respecta a la interdependencia íntima de la percepción y la acción, el contenido no conceptual de la experiencia perceptiva y la irreductibilidad de la percepción corporal (Pollard, 2014: 3).

4.1 Cognición social y embodied cognition

La cognición social -entendida como la capacidad de comprender e interactuar con otros agentes- ha sido tradicionalmente estudiada, desde la Filosofía y la Psicología, en base a una supuesta teoría de la mente sobre cómo los estados mentales (creencias, deseos e intenciones) informan el comportamiento y cómo dicho comportamiento influye en los estados mentales; aceptándose que para comprender e interactuar satisfactoriamente con otros individuos debemos tener una teoría de la mente. En este sentido, existen dos líneas explicativas de la teoría de la mente: la teoría de la teoría y la teoría de la simulación. Ambas no comparten una misma interpretación acerca de cómo obra la teoría de la mente, pero sí que participan en la noción de que la misma es indudablemente necesaria para la cognición social.

Ahora bien, de acuerdo con la cognición encarnada, tanto una como otra estarían equivocadas, rechazando la idea de que para la cognición social se requiera una teoría de la mente. Los estudiosos de esta perspectiva se niegan a aceptar que la cognición social consista en atribuir estados mentales a otros individuos; alegando que la capacidad de comprender e interactuar con los otros descansaría en la capacidad relativa a las prácticas incorporadas más básicas -interactivas y no mentalistas-; donde estas últimas consistirían en la intersubjetividad primaria y la secundaria³⁵ (Spaulding, 2014: 198). Son, por tanto, estas prácticas intersubjetivas encarnadas nuestro modo primario de cognición social (Gallagher, 2005; Hutto, 2008, citado en Spaulding, 2014: 198).

Investigadores de la cognición encarnada -y, más concretamente, del enactivismo- como el filósofo D. Hutto (2008), muestran un convencimiento ante el hecho de que nuestros compromisos mundanos primarios no suelen tomar la forma de actividad intelectual, por lo que la teoría de la mente se erigiría como una habilidad especializada que no es frecuentemente empleada y cuyo desarrollo sería, además, tardío. Incluso en la edad

³⁵ Desde la perspectiva de la cognición encarnada, la intersubjetividad primaria consistiría en la capacidad de imitación facial y el sentido propioceptivo cuerpo, así como la de detectar y rastrear el movimiento ocular, captando el comportamiento intencional y leyendo las emociones de las acciones y movimientos expresivos de los demás. En suma, una capacidad de respuesta adecuada a los rasgos característicos del entorno, entrañando ser sensible a ciertas señales corporales y expresiones faciales. Por añadidura, la intersubjetividad secundaria, cuyo desarrollo tendría lugar alrededor del año de edad, permitiría al niño comunicarse con otros objetos y eventos presentes en el entorno, comenzando a tener referencia de tales cosas y, consecuentemente, desarrollándose en este una mayor comprensión social (Spaulding, 2014: 198).

adulta, nuestras interacciones sociales habituales tendrían que ver con ser sensibles a la práctica encarnada de los otros (intersubjetividad encarnada) así como el conocimiento de las normas sociales y de comportamiento del contexto sociocultural en el que nos desarrollamos. De hecho, la cognición social más sofisticada no implicaría necesariamente la teoría de la mente; al tiempo que solo tenderíamos a leer mentalmente cuando se da una brecha en nuestros modos primarios de cognición social. Esto es, manifestándose de forma ambigua nuestras prácticas incorporadas y siendo incapaces de comprender e interpretar el comportamiento de un cierto individuo de acuerdo con normas sociales establecidas y estándares de comportamiento (Spaulding, 2014: 198).

No obstante, el enfoque de la cognición encarnada debe asumir ciertos retos en pos de un avance en sus investigaciones y teorizaciones en relación a la cognición social. Uno de estos desafíos particularmente relevantes -y que puede convertirse en serias deficiencias- refiere al descuido de lo conocido como los procesos cognitivos fuera de línea, centrándose casi exclusivamente en los procesos cognitivos en línea³⁶. No cabe duda que estos son fundamentales para la cognición social, por ello desde la perspectiva de la cognición encarnada se hace hincapié en el desdeño de los mismos por parte de las teorías de la teoría de la mente, las cuales se centrarían en los procesos cognitivos fuera de línea³⁷. Sin embargo, la cognición encarnada no le concede una importancia suficiente a estos últimos, lo cual supone una grave equivocación así como denotaría una carencia importante; siendo claro que la cognición social se halla en función tanto de las respuestas automáticas a los rasgos del entorno, como del manejo de cierta información que está ausente del entorno y requiere de una representación interna.

³⁶ Los procesos cognitivos en línea conllevan responder directamente a las características del entorno (intersubjetividad primaria y secundaria), en lugar de representarlas, siendo explicadas nuestras interacciones sociales en base a ello.

³⁷ Estos procesos cognitivos fuera de línea entrañarían las representaciones internas que no se hallan asociadas a las características del cuerpo del agente o de su entorno. A este respecto, las teorías de la teoría de la mente sostienen que la mente constituye un sistema de procesamiento de información intracraneal, suponiendo la cognición un proceso computacional de representaciones simbólicas (Spaulding, 2014: 203). Cabría señalar así mismo que la separación entre estos y los procesos en línea es cuanto menos artificial, ya que ambos interactúan produciendo una flexibilidad cognitiva.

Por todo ello, al igual que la cognición encarnada como paradigma alternativo radicalmente diferente -que tiene aún un largo camino aún por recorrer- se enfrenta a estos desafíos mencionados, deviene como un requisito ineludible que los defensores de la teoría de la mente reconsideren ciertos presupuestos de los que parten e incluyan en sus investigaciones y corpus teóricos aquellas prácticas incorporadas que he expuesto y, por ende, los procesos cognitivos en línea. Es esta confrontación entre ambos paradigmas un estímulo clave que alienta las expectativas en la controversia sobre la cognición social.

4.2 Embodied cognition y enfermedad mental

Hemos visto cómo desde el enfoque de la cognición encarnada el cerebro es concebido como un órgano de modificación que intervendría en los ciclos de interacción entre el organismo y el ambiente. Esta interpretación alberga numerosas consecuencias en el campo de la Psiquiatría, desembocando en el surgimiento de la propuesta de una concepción circular de la enfermedad mental (Fuchs, 2009). Desde este prisma, tanto el ser humano como todo lo que refiere a la enfermedad mental se conciben de una manera mucho más holística que desde otros paradigmas coetáneos y que pretenden trascender concepciones anquilosadas -que entienden ha sido demostrada su inutilidad para un progreso real y efectivo en la etiología, diagnóstico y tratamiento- de la enfermedad mental; pero que, sin embargo, proclaman también una mirada harto restringida, tal es el caso, expuesto con anterioridad, del paradigma neurobiológico apoyado por la propuesta del RDoC. En las últimas décadas, se ha fomentado así el progreso en las investigaciones del cerebro, que cuando se destinan a la problemática mental, el resultado final muestra un claro reduccionismo y reificación, puesto que la enfermedad mental no refiere única y exclusivamente a un cerebro concreto, sino a pacientes que son seres humanos. Los estados mentales son así interpretados como epifenómenos de procesos neuroquímicos susceptibles de ser delimitados dentro de las lindes del cerebro y pudiéndose, consecuentemente, descubrir si no la enfermedad mental misma en su interior, sí su etiología concreta.

Todo ello pone de relieve cómo frente a una perspectiva profundamente interaccionista (embodied cognition) se da otra que aísla al ser humano de todas las interacciones cerebro-organismo, así como sensorio-motoras con el medio ambiente y de interacción encarnada con otros; tratando pues la enfermedad mental en desconexión al entorno. Son,

por contra, todas las experiencias resultantes de tales interrelaciones las que desde la cognición encarnada se perciben como ejes nucleares en aras de lograr una interpretación satisfactoria del desencadenamiento de las enfermedades mentales, contrarrestando así las tendencias del reduccionismo neurobiológico. Ya en el siglo XIX sentenciaría Feuerbach (1985: 177, citado en Fuchs, 2009: 3), situándose en una postura sin duda mucho más cercana a la cognición encarnada antes que al neurobiologismo: *‘‘It is neither the soul that thinks and senses, nor the brain; for the brain as such is a physiological abstraction, an organ cut out from the totality of the skull, the face, the body as a whole. The brain is only the organ of the mind as long as it is connected to a human head and body’’*; debiendo ser agregado un cuerpo humano en interconexión tanto con su entorno como con otros seres humanos encarnados.

Abordar el fenómeno de la enfermedad mental de un modo lo más complejo posible implica ir más allá de los presupuestos dualistas mente (subjetiva)-cuerpo (objetivo) que aún abrazan las neurociencias cognitivas, debiendo ser tratados mente y vida de manera que no se autoexcluyan mutuamente y huyendo así de modelos abstractos y reificados de una mente en el cerebro de un sujeto -organismo vivo- retirado del mundo y de los otros. El estudio de la enfermedad mental desde el prisma de la cognición encarnada apostará por comprender el sistema neurocognitivo entretejido en el mundo en el que el individuo se mueve y vive con otros a través de su existencia corporal; cuya incorporación de los procesos mentales en el individuo estará intrínsecamente ligado a los procesos en su experiencia sensorial-motora. Se rechaza de lleno, que la enfermedad mental deba abordarse mediante un reduccionismo cerebral entendiendo el cerebro como el órgano privilegiado en orden a descifrar los enigmas de aquella; puesto que no es únicamente dicho órgano, sino el organismo completo de la persona, en interacción constante con el mundo, quien la padece. Consecuentemente, ahondar en el estudio de la enfermedad mental implicará ineludiblemente explorar la situación de la persona en relación a la experiencia dinámica con su entorno. Para entender aquella, habremos primero de comprender la conexión del individuo con otros muchos elementos que forman parte de la vida, trascendiendo esas concepciones que establecen un cisma entre la persona (interior) y un mundo (exterior) como si de dos esferas completamente independientes se tratara. Esto puede parecer algo harto evidente, sin embargo, si penetramos en el trasfondo de las nociones psiquiátricas convencionales, algunos no parecen tenerlo tan claro.

El cerebro se contemplará como un órgano central para los procesos mentales, pero no el único elemento donde descansarían estos, habiéndose de tener en cuenta el cruce constante entre cerebro, cuerpo y mundo; dado que tales procesos constituyen, en último término, manifestaciones del organismo en su conjunto. Es el cerebro el órgano de mediación entre el mundo de los procesos fisiológicos por un lado, y el mundo macroscópico del organismo vivo y sus experiencias, por otro; integrando procesos elementales en patrones de orden superior y permitiendo al ser vivo relacionarse con el mundo al percibir y actuar. La experiencia subjetiva no deviene así como únicamente una representación epifenoménica de los procesos neuronales que subyacen, sino que lo fundamental se hallaría en la interacción organismo-entorno; donde el organismo -por experiencia consciente- entra en una relación con el medio ambiente en un nivel superior de significado, de unidades perceptivas y cognitivas integradas. Así mismo, estas unidades ejercen su influjo en la estructuración, plasticidad así como funcionamiento del cerebro y, por tanto, estas últimas tienen lugar a través de la experiencia subjetiva (Fuchs, 2009: 10).

Puede contemplarse cómo una aproximación al fenómeno de la enfermedad mental desde el paradigma de la cognición encarnada abarcaría una compleja dinámica que examinaremos en la siguiente sección, tomando como ejemplo lo que algunos han denominado el modelo circular de la enfermedad mental.

4.2.1 Modelo circular de la enfermedad mental

Ha sido expuesto cómo la noción de cognición encarnada ha apostado por un concepto sistémico y ecológico de mente y cerebro, refutando el reduccionismo biomédico presente en la Psiquiatría hegemónica dirigida, primordialmente, hacia el análisis de los trastornos mentales como desequilibrios neuroquímicos o daños cerebrales. Por ello, se ha argumentado que, partiendo del paradigma de la cognición encarnada, se hace necesario el desarrollo de modelos etiológicos de la enfermedad mental fundamentados en una causalidad circular de procesos complejos e interactivos entre un organismo concreto y su entorno, en cuyo dinámica el cerebro ejercería el papel de una entidad mediadora. En consonancia con esto, por tanto, *“The final disorder is the product of a cascade of subjective, neuronal, social and environmental influences continuously interacting with each other. Within these circular interactions the brain acts as a mediating, translating*

and also amplifying ‘relay station’, but not as ‘the monolinear cause’” (Fuchs, 2009: 12).

Partiendo de esta óptica han arrancado modelos circulares que implican bucles de retroalimentación negativa de síntomas primarios, emociones, cogniciones e interacciones sociales para trastornos de depresión o ansiedad, al igual que en terapias familiares sistémicas (Grawe 2002, citado en Fuchs, 2009:12). Desde un tratamiento semejante, Fuchs (2001) explicará la depresión en el sentido de una desincronización psicofisiológica, en donde la experiencia subjetiva no es meramente un producto derivado de una depresión en los mecanismos cerebrales subyacentes. Por contra, el estado de ánimo deprimido o el pensamiento distorsionado no son exclusivamente síntomas epifenoménicos; sino que la depresión habrá de ser concebida poniendo el foco en la percepción -por parte del sujeto en cuestión- de situaciones relevantes, sobre todo interpersonales, manteniéndose o agravándose, en gran parte, como fruto del pensamiento, los sentimientos negativos así como la interacción constante con los otros.

A mi juicio, es de gran interés este enfoque de la cognición corporeizada propuesto por Fuchs, en cuyo estudio atenderá, como digo, tanto a la percepción del individuo en relación a una circunstancia concreta que ha acontecido en su vida, como a la especie de traducción -de dicha situación personal- que llevaría a cabo el cerebro en un determinado patrón neurobioquímico; reparando, por tanto, también en esa dimensión biológica y fisiológica. Tales efectos en el nivel biológico generarían una intensificación del estado anímico depresivo y, por consiguiente, la interpretación de la enfermedad mental desde el modelo circular entrañaría una causalidad que iría desde la mente (experiencia subjetiva de la situación personal) al cerebro y cuerpo, para retornar de nuevo a aquella. En efecto, se concluiría que ambas, la desincronización psicosocial y fisiológica, ejercerían un influjo mutuo. Fuchs (2001, citado en Fuchs, 2009: 12) lo describirá así:

(...) a perceived backlog or gap between one’s expectations and achievements, or a loss that the individual is unable to cope with, are perceived as a loss of synchronicity and connection with important others. This perception of the personal situation is translated by the brain into a neurobiochemical pattern associated with depressed mood. On the biological level, depression implies an uncoupling of rhythmic physiological (e.g. endocrine) processes normally synchronized with each other and with the environment. In the course of this

biological desynchronization, a prolonged stress response of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis and other endocrine systems ensues, which in turn increases anxiety and depressed mood. The causal pathway thus goes from the “mind” or the subjective experience of the situation, to the brain and body, and then back to the mind. Psychosocial and physiological desynchronization trigger and influence each other. Thus the subjective reactions to the disorder become intertwined with the disorder itself. Psychosocial and physiological desynchronization influence each other.

Además de la depresión, Fuchs (2007) abordará el análisis de la esquizofrenia partiendo del mismo enfoque, como un proceso circular que involucraría por un lado, una suerte de disfunciones neuropsicológicas y bioquímicas y, por otro, una alienación psicosocial. Mostrará igualmente esa influencia circular y recíproca entre sí de factores intersubjetivos, subjetivos y fisiológicos, en donde el cerebro reflejaría y causaría perturbaciones en las relaciones con el cuerpo, el yo y el mundo.

Esta explicación que brindada a propósito de la depresión, a mi parecer como ya he dicho, se manifiesta harto interesante pues arranca de una comprensión que procura penetrar, desde un enfoque bastante holístico, en la complejidad inherente al fenómeno de la enfermedad mental. Pensar y, por ende, indagar e investigar la misma desde el marco de un paradigma como el de la cognición encarnada, cuya dinámica consistiría en este sentido en una aproximación a la enfermedad mental lo más integral posible, contemplándola pues como un continuum entre las distintas dimensiones que abarca, entraña así todo un abanico de posibilidades. Contiene un profundo potencial en pos de una transformación en las praxis en la clínica psiquiátrica y, consecuentemente, en los métodos de tratamiento de los trastornos mentales. Todo dependerá, no obstante, del curso que sigan las investigaciones integradas en dicho marco y encauzadas a tal propósito.

Desde el punto de vista del tratamiento, según Fuchs (2009), este modelo circular implicaría pues el entendimiento del mismo de un modo pluralista. No cabría una separación radical entre las terapias enfocadas meramente a la dimensión somática - cerebral- de la enfermedad mental, cuya dinámica consiste, principalmente, en una transacción psicofarmacológica en la clínica psiquiátrica, hallándose dicha praxis fuertemente respaldada por los presupuestos de la Psiquiatría biológica, y aquellas otras terapias psicológicas centradas en el nivel subjetivo de la problemática. Por ende, dado

que cualquier forma de tratamiento será transformada por el cerebro y contribuyendo pues, a un efecto integral, las interacciones circulares de uno mismo, el cuerpo y el entorno podrán ser abordadas desde distintos niveles. Así mismo, la psicoterapia no solo funcionaría modificando las actitudes y el comportamiento del paciente, sino que además transformaría las estructuras y funciones cerebrales, razón por la cual tal opción de tratamiento jugaría un papel fundamental (Fuchs, 2009: 13). En consonancia con esto, los aspectos cualitativos e intencionales de las creencias y emociones no pueden ser explicados ceñidos únicamente a los procesos fisiológicos que tienen lugar en el cerebro, de manera que no se pueden ignorar de ningún modo las experiencias subjetivas e intersubjetivas si se anhela transformar las creencias y disposiciones que han alentado el desarrollo de una enfermedad mental en el sujeto y que pueden avivar una futura recaída. Así, *“Such dispositions are only accessible to change by new and repeated subjective experiences, i.e. emotional, verbal and interpersonal processes of learning that stabilize new attractors of perception and behaviour in the brain”* (Ibid.).

La comprensión de que no solo los procesos cognitivos se incorporan en los circuitos cerebrales, sino que estos tienen además su origen en la experiencia sensorial-motora de un individuo concreto inmerso en su entorno, está siendo cada vez más respaldada tanto por parte de la Filosofía, como de la Psicología, la Psiquiatría y las Neurociencias, constituyendo un paradigma preñado de grandes potencialidades. Los estudios apoyados en tal concepción defienden que es la causalidad circular de influencias tanto ambientales, como subjetivas e intencionales y neurofisiológicas las que interactúan constantemente en bucles de retroalimentación y, consiguientemente, los trastornos mentales han de ser ubicados fruto de alteraciones importantes en tales procesos, afectando a todo el ciclo de interacciones mente-cerebro y organismo-medio ambiente. De esta manera, así como el organismo solo puede ser entendido en relación a su entorno, la subjetividad ha de ser interpretada en una relación encarnada con el mundo (Fuchs y Schlimme, 2009: 574).

4.2.2 Desencarnación en la esquizofrenia e hiperencarnación en la depresión

Desde enfoques fenomenológicos se ha aludido a que trastornos mentales como es el caso de la esquizofrenia, han de ser contemplados como una alteración en el yo encarnado o una falta de cuerpo: un debilitamiento del sentido básico de uno mismo, una interrupción

del funcionamiento corporal implícito y una desconexión de la intercorporalidad con los demás. Esta desencarnación generaría la pérdida de la inmersión práctica del yo en el mundo (Fuchs y Schlimme, 2009: 571). En esta línea se hallarán los estudios de Parnas y Sass (2001, 2003), quienes hablarán de las implicaciones que conlleva la esquizofrenia, en el sentido de una reducción de la autoconciencia básica que es experimentada como un sentimiento de vacío interno omnipresente o falta de presencia.

La desencarnación en la percepción devendría como una capacidad dañada para reconocer patrones familiares de objetos percibidos; donde los sujetos diagnosticados de esquizofrenia suelen experimentar una sobrecarga de detalles disociados del contexto situacional y, por tanto, sin comprender su significado. La alteración en la percepción puede así mismo observarse en que incluso el acto de percibirse a uno mismo puede llegar a ser experimentado de forma consciente, hecho que es descrito por numerosos pacientes como una vivencia de ser los espectadores de sus propios procesos perceptivos (Fuchs y Schlimme, 2009: 572).

Se ha analizado de forma similar a dicha alienación la que referiría al funcionamiento corporal en movimiento y acción, algo que es manifestado por estos sujetos como una sensación de separación mente-cuerpo. Este hecho puede llevar a la experimentación de una disgregación en ciertas prácticas normalmente llevadas a cabo de manera automática -una especie de desautomatización-, lo que a su vez desemboca en un conciencia hiperreflexiva de aspectos por lo general implícitos del comportamiento en la cotidianidad. El individuo, así, tiene que proceder deliberadamente en acciones tales como vestirse (Sass, 2003, citado en Fuchs y Schlimme, 2009: 572).

Fue planteado en un apartado anterior cómo desde el paradigma de la cognición encarnada se sostiene que son las prácticas intersubjetivas encarnadas nuestro modo primario de cognición social. Es el cuerpo vivido pues el que transmite el conocimiento práctico de cómo interactuar con los demás y cómo comprender sus acciones y expresiones en el contexto de una circunstancia cotidiana. Esto es lo que Merleau-Ponty (1994) habría denominado como intercorporalidad primaria. Ello supondría que la inmersión práctica en el mundo tendría lugar desde el nacimiento mediante constantes interacciones con el resto, lo que supone así mismo un conocimiento implícito que sería una base fundamental para el sentido común y en donde el mundo es vivido a través de una cierta familiaridad. Por lo tanto, de producirse una alteración en esa participación encarnada en el mundo, se desembocará en una alienación del sentido común así como de la intersubjetividad, donde

la sensación de desapego tomará un protagonismo fundamental. De modo que el comportamiento de los demás será experimentado en tercera persona en lugar de vivirse en interacciones encarnadas en segunda persona; de ahí que muchos pacientes hagan énfasis en el sentimiento de aislamiento y desapego, a la vez que en la incapacidad de comprender los significados cotidianos y comunes del mundo (Fuchs y Schlimme, 2009: 573).

Ahora bien, si atendemos a la depresión, en este caso se daría, de lo contrario, una especie de hiperencarnación. La depresión se encarna en el sujeto como un cuerpo que se vuelve pesado, rígido, que oprime. El cuerpo adolece de fluidez, haciéndose más visible y erigiéndose con una imponente materialidad y peso que hacen que el mismo opere como un importante obstáculo a las intenciones de la persona, a su rendimiento en la cotidianidad³⁸. Sin embargo, esto no sería debido únicamente a una inhibición psicomotora -como sería en el caso del parkinson-, sino más bien a la carencia de la llamada dimensión conativa en el cuerpo, a la falta de afectividad y apetito. Esto ha sido descrito (Fuchs, 2005) como una especie de reificación, de corporealización del cuerpo vivido o de hiperencarnación, donde el cuerpo, como digo, se vuelve cada vez más un impedimento. Sucede así que con la creciente inhibición, el espacio sensorial-motor va quedando paulatinamente reducido a ese entorno más cercano del sujeto, acabando este inmerso en un letargo depresivo.

En conexión con esto, se ha apuntado que:

At the same time, there is a more subtle loss of the bodily resonance or affectability that mediates emotional experience and the affective attunement with others. As the corporealized body loses its capacity of emotional resonance, the patients feel inanimate, detached from their emotions and complain of a 'feeling of not feeling'. They are no longer capable of being moved and affected; the attractive and sympathetic qualities of their surroundings have vanished. As loss of feeling means a diminished sense of self, affective depersonalization is the clinical core feature of severe melancholic episodes (Fuchs y Schlimme, 2009: 573).

³⁸ Para una lectura en profundidad sobre este tema, véase: Michalak, J., Troje, N.F., Fischer, J., et al. (2009). Embodiment of sadness and depression: gait patterns associated with dysphoric mood. *Psychosomatic Medicine*. 71: 580-587.

Vemos pues, cómo ese cuerpo que se vuelve pesado, al mismo tiempo se erige en una pérdida de su capacidad de interacción emotiva y afectiva con los demás individuos. Sin embargo, es por ello que, en ocasiones, ciertos pacientes diagnosticados de depresión severa, describen que su cuerpo es ahora para ellos un cadáver; por lo que en este sentido, aquella pesadez corporal deviene en todo lo contrario: un sentimiento de ligereza e incluso de pérdida de las sensaciones corporales como el gusto, el olfato o la propiocepción. De modo que, cuando tiene lugar en tales casos esta especie de culminación, no podría hablarse de hiperencarnación, sino que como en el caso recién descrito de la esquizofrenia, se daría una desencarnación donde el yo queda desconectado del cuerpo corporeizado -alterándose profundamente o llegando a perderse el sentimiento de propiedad corporal-, y desvaneciéndose incluso la sensación de estar vivo. Por añadidura, así como esta especie de desencarnación tendría lugar en la depresión -o en la esquizofrenia pero con matices distintos-, también tendría su correlato en los llamados síndromes de despersonalización, donde el cuerpo llega a ser experimentado como un objeto, o en los trastornos postraumáticos y disociativos, siendo en estos últimos dicha vivencia más intensa (Lawrence, Shaw, Baker, et al., 2007; citado en Fuchs y Schlimme, 2009: 573).

5. Conclusiones

Como se ha sido mostrando en el transcurso del trabajo, el concepto de enfermedad mental, así como el de salud y enfermedad de forma más general, se hallan colmados de profundos debates en los que la Filosofía ocupa un papel fundamental. En este sentido, se ha descrito la escena más actual en cuanto a los análisis de estos conceptos, al tiempo que de otros que se encuentran inexorablemente ligados a los mismos y que no pueden pasar inadvertidos en aras de un estudio lo más complejo posible. Por ello, exponer las nociones que se hallan más o menos implícitas en los conceptos de salud y enfermedad devienen centrales a este respecto.

Habiendo quedado evidenciadas las controversias que acompañan al desarrollo de tales conceptos, no obstante, contribuyen a comprender algunos de los procesos que han moldeado tanto las visiones científicas como nuestras percepciones de la salud y la enfermedad mental. Por ende, estas indagaciones se nos presentan harto valiosas a fin de explorar cuestiones posteriores que puedan surgir en un estudio más amplio que abarque tanto el diagnóstico como el tratamiento de las enfermedades mentales, con sus itinerarios terapéuticos respectivos.

Es en este punto en el que el novedoso paradigma de la cognición encarnada (embodied cognition) se erige como una propuesta cargada de posibilidades, abrazando un enorme potencial tanto para la investigación de la enfermedad mental como para una metamorfosis en las praxis en la clínica psiquiátrica. A mi parecer, la cognición encarnada está en camino de convertirse en un paradigma nuclear en la Psiquiatría, hecho que se refleja en toda una suerte de investigaciones y estudios recientes que están siendo llevados a cabo. No obstante, todo dependerá del curso que sigan tales investigaciones y teorizaciones así como de la asunción de ciertos retos y desafíos en pos de un avance en las mismas.

Como ha sido expuesto en el trabajo, los conceptos encarnados de la enfermedad mental ponen el foco no en una única dimensión de la misma, sino en los varios niveles que la componen; donde la interacción circular de la experiencia subjetiva alterada, las interacciones sociales perturbadas así como la alteración a un nivel neurobiológico, han de ser exhaustivamente contempladas en el desarrollo de aquella. Esto es lo que ha sido presentado como el modelo circular de la enfermedad mental.

Este paradigma de la cognición encarnada pone así en cuestión la Psiquiatría biomédica hegemónica. Una Psiquiatría ante la que habremos de mostrarnos recelosos si decide decantarse por el camino hacia una mera Neuropsiquiatría que cada vez alza más su voz. La centralidad en el nivel neurobiológico de la enfermedad mental olvida y desdeña aquellas otras dimensiones recién descritas y que no pueden ser ignoradas.

Han sido expuestas las principales aproximaciones a propósito de la relación entre lo mental y lo corporal (cerebral), alzándose la cognición encarnada como la más completa e interesante de ellas; siendo en este relativamente reciente paradigma donde la fenomenología de Merleau-Ponty posee un papel esencial en su inspiración y desarrollo, albergando una profunda crítica a la concepción tradicional de la ciencia cognitiva. Es la fenomenología del cuerpo vivido aquella capaz de trascender esos anquilosados conceptos de la mente como un reino interior de representaciones que reflejan el mundo exterior; siendo a través de aquel por lo que estamos en constante relación con el mundo y con los demás. En efecto, se propone así la ineludible necesidad de estos conceptos encarnados -y enactivos- en las Neurociencias que pretendan la investigación de las enfermedades mentales. Esta perspectiva, por tanto, tiene numerosas consecuencias para el campo de la Psiquiatría, apuntándose algunas de las implicaciones a fin de comprender diversos aspectos que confluyen en las enfermedades mentales, por ende, deviniendo la cognición encarnada como una propuesta interesante y prometedora para el estudio y tratamiento de las mismas, al tiempo que surgen cuestiones que investigaciones actuales manifiestan querer abordar.

Este nuevo enfoque apuesta por una visión mucho más holística del ser humano así como todo lo que refiere a la enfermedad mental, en contraste con el paradigma biomédico profundamente biologicista y reduccionista y que se ha mostrado ampliamente ineficaz para el progreso real en cuanto a la investigación etiológica, para el diagnóstico y, consecuentemente, para el tratamiento de los trastornos mentales. Frente a una postura que aísla al ser humano de todas las interacciones cerebro-organismo, así como sensorial-motoras con el medio ambiente y de interacción encarnada con otros; se da esta otra acentuadamente interaccionista, rechazando la idea de descubrir la enfermedad mental en algún punto del cerebro.

Abordar el fenómeno de la enfermedad mental de una forma lo más compleja posible camina de la mano del desarrollo de la cognición encarnada, encauzándose hacia una

interpretación satisfactoria del desencadenamiento de aquella, procurando trascender las inclinaciones hacia el reduccionismo neurobiológico y siendo capaz de ayudar a esclarecer toda una suerte de cuestiones que permanecen sin descifrar.

Estamos asistiendo pues a un momento en el que esta nueva perspectiva está entronizando como un paradigma clave de enfoques interdisciplinarios tanto en la Filosofía, como en la Psiquiatría, la Psicología y las Neurociencias. Las contribuciones de la misma, tanto a la conceptualización de la enfermedad mental como al fenómeno en sí mismo y todo lo que entraña, se están presentando como unos conocimientos harto valiosos, sugiriendo interesantes explicaciones de numerosos procesos que acontecen en los trastornos mentales.

Finalmente, decir que el acercamiento que he experimentado en estos últimos meses a la Filosofía, al tiempo que el haber llevado a cabo un trabajo final de esta naturaleza, ha sido muy gratificante, gracias a lo que he podido crecer tanto en lo personal como en lo académico. Por ello, agradezco a cada uno de los profesores y profesoras así como a mis tutores este enriquecimiento que me han aportado.

Bibliografía

Abouelleil, M. (2019). In Defense of Madness: The Problem of Disability. *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 44: 150–174.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*. Washington DC: Psychiatric Press.

Aurenque, D. y Jaran, F. (2018). La enfermedad como rasgo humano. Hacia una consideración de la enfermedad en cuanto fenómeno existencial. *Alpha: revista de artes, letras y filosofía*, N. 47, Pp. 161-176.

Benedict, R. (2006). *Patterns of Culture*. Mariner books.

Bentall, R. P. (2011). *Medicalizar la mente*. Barcelona: Herder.

Bernard, C. (1966). Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Garnier-Flammarion, Paris.

Bolton, D. (2012). Classification and Causal Mechanisms: A Deflationary Approach to the Classification Problem, En Kendler, K.S. and Parnas, J. (eds.), *Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology-Oxford: Oxford University Press*, Pp. 6–11.

Bolton, D. (2013). What Is Mental Illness?. En Fulford, K. W. M., Davies, M., Gipps, R. G. T., Graham, G., Sadler, J. Z., Stanghellini, G., et al. (eds), *Philosophy and Psychiatry-Oxford: Oxford University Press*, Pp. 434–450.

Caggiano, V., Fogassi, L., Rizzolatti, G., Casile, A., Giese, M., and Thier, P. (2012). Mirror neurons encode the subjective value of an observed action. *National Academy of Sciences*, Vol. 109, No. 29, Pp. 11848-11853.

Churchland, P. M. (1981). Eliminative materialism and the propositional attitudes. *The Journal of Philosophy*, Vol. 78, N. 2, pp. 67-90.

Correa-Urquiza, M. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 38 (134): 567-585.

Damasio, A. (1996). *El Error de Descartes: La Emoción, La Razón y El Cerebro Humano*. Barcelona: Crítica.

Descartes, R. (1991). *Discurso del método*. Colección Austral.

Edwards, S. (2017). Disability as Medical and as Social Category. En Schramme, T., Edwards, S. (eds.), *Handbook of the Philosophy of Medicine-Springer Netherlands*. Pp. 147-158.

Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: Las ediciones de la piqueta.

Foucault, M. (1997). *Hª de la locura en la época clásica, I*. México: Brevarios del fondo de Cultura Económica.

Fuchs, T. (2001). Melancholia as a desynchronization. Towards a psychopathology of interpersonal time. *Psychopathology*, Vol. 34:179–186.

Fuchs, T. (2004). Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Current Opinion in Psychiatry*, Vol. 17: 479–485.

Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, Vol. 12: 95 – 107.

Fuchs, T. (2007). The temporal structure of intentionality and its disturbance in schizophrenia. *Psychopathology*, Vol. 40: 229–235.

Fuchs, T. (2009). Embodied Cognitive Neuroscience and Its Consequences for Psychiatry. *Poiesis & Praxis*.

Fuchs, T. and Schlimme, J. E. (2009). Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 22: 570–575.

Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: an introduction to phenomenological philosophy*. Northwestern University Press, Evanston.

Hutto, D. D. (2008). *Folk psychological narratives: The sociocultural basis of understanding reasons*. Cambridge, MA: MIT Press.

Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York: Basic Books.

Kingma, E. (2017). Disease as Scientific and as Value-Laden Concept. En Schramme, T., Edwards, S. (eds.), *Handbook of the Philosophy of Medicine-Springer Netherlands*. Pp. 45-64.

Kotowicz, Z. (2007). The strange case of Phineas Gage. *History of the Human Sciences*.

Laing, R. D. (2010). *The divided self: an existential study in sanity and madness*. Penguin, London/New York.

Livermore, J. M., Malmquist, C. P. and Meehl, P. E. (1968). On the Justifications for Civil Commitment. *University of Pennsylvania Law Review*, Vol. 117, N. 1, Pp. 75-96.

Lolbé, M. y Flores, M. (2013). Construcción de una Escala de Salud Mental Positiva para Adultos en Población Mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, Vol.1, N. 39, pp. 22-33.

Macklin, R. (1972). Mental Health and Mental Illness: Some Problems of Definition and Concept Formation. *Philosophy of Science*, Vol. 39, No. 3, pp. 341-365.

- Margolis, J. (1966). *Psychotherapy and Morality*. New York: Random House.
- Martínez, Á. (2011). La copia de los hechos. La biomedicina, el poder y sus encubrimientos. *Quaderns*, Vol. 27, 45-64.
- Matthews, E. (2017). Mind-Brain Dualism and Its Place in Mental Health Care. En Schramme, T., Edwards, S. (eds.), *Handbook of the Philosophy of Medicine-Springer Netherlands*. Pp. 345-358.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenología de la percepción*. Planeta-De Agostini.
- Michalak, J., Troje, N.F., Fischer, J., et al. (2009). Embodiment of sadness and depression: gait patterns associated with dysphoric mood. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 71: 580-587.
- Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.
- Murphy, D. (2006). *Psychiatry in the scientific image*. The MIT Press, Cambridge, MA/London.
- Murphy, D. (2015). Concepts of Disease and Health. En Zalta, E. N. (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*.
- Nordenfelt, L. (1995). *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Perspective*. Dordrecht: Kluwer.
- Nordenfelt, L. (2001). Health, science and ordinary language. Rodopi, Amsterdam.
- Nordenfelt, L. (2007). The Concepts of Health and Illness Revisited. *Med Health Care and Philosophy*, Vol. 10 (1): 5-10.
- Nordenfelt, L. (2017). On Concepts of Positive Health. En Schramme, T., Edwards, S. (eds.), *Handbook of the Philosophy of Medicine-Springer Netherlands*. Pp. 29-43.

- Ortega y Gasset, J. (2014). *Meditaciones del Quijote*. Alianza Editorial.
- Parfit, D. (1984). *Reasons and persons*. Clarendon, Oxford.
- Parnas, J. and Sass, L. A. (2001). Solipsism, self, and schizophrenic delusions. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*; Vol. 8:101–120.
- Parnas, J. and Sass, L. A. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*; Vol. 29: 427 – 444.
- Parnas, J., Moeller, P., Kircher, T., et al. (2005). EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, Vol. 38: 236 – 258.
- Poland, J. and Von Eckardt, B. (2013). Mapping the Domain of Mental Illness. En Fulford, K. W. M., Davies, M., Gipps, R. G. T., Graham, G., Sadler, J. Z., Stanghellini, G., Thornton, T. (eds.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Pp. 735-752.
- Pollard, C. (2014). Merleau-Ponty and Embodied Cognitive Science. *Research Gate*.
- Pörn, I. (1993). Health and Adaptedness. *Theoretical Medicine*, Vol. 14: pp. 295-304.
- Radden, J. (2019). Mental Disorder (Illness). En Zalta, E. N. (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, (Winter 2019 Edition).
- Ratcliffe, M. (2008). *Feelings of Being: Phenomenology, Psychiatry and the Sense of Reality*. Oxford: Oxford University Press.
- Ratcliffe, M. and Stephan, A. (eds.). (2014). *Depression, Emotion and the Self: Philosophical and Interdisciplinary Perspectives*. Exeter, UK: Imprint Academic.
- Schwartz, P. (2007). Decision and Discovery in Defining 'Disease'. En Kincaid, H. and McKittrick, J. (eds.), *Establishing Medical Reality*, Amsterdam: Springer.

Restrepo, J. E. (2018). Cognición corporeizada, situada y extendida: una revisión sistemática. *Revista Katharsis*, 26: 106-130.

Richman, K. A. (2004). *Ethics and the Metaphysics of Medicine: Reflections on Health and Beneficence*. Cambridge, MA: MIT Press.

Schramme, T. (2017). Subjective and Objective Accounts of Well-Being and Quality of Life. En Schramme, T., Edwards, S. (eds.), *Handbook of the Philosophy of Medicine-Springer Netherlands*. Pp. 159-168.

Spaulding, S. (2014). Embodied cognition and theory of mind. En Shapiro, L. (ed.), *The Routledge Handbook of Embodied Cognition-Routledge Handbooks in Philosophy*. Pp. 197-206.

Stanghellini, G. (2004). *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. Oxford: Oxford University Press.

Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper and Row.

Szasz, T. (1970). *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Harper and Row.

Tabb, K. (2015). Psychiatric Progress and the Assumption of Diagnostic Discrimination. *Philosophy of Science*, Vol. 82, No. 5, pp. 1047-1058.

Varga, S. (2018). Embodied Concepts and Mental Health. *Journal of Medicine and Philosophy*, 43: 241–260.

Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, Vol. 47 (3): pp. 373–88

Wakefield, J. C. (2017). Mental Disorders as Genuine Medical Conditions. En Schramme, T., Edwards, S. (eds.), *Handbook of the Philosophy of Medicine-Springer Netherlands*. Pp. 65-82.

Wambua, S., Mwangi, T. W., Kortok, M., Uyoga, S. M., Macharia, A. W., Mwacharo, J. K., Weatherall, D. J., Snow, R. W., Marsh, K. and Williams, T. N. (2006). The Effect of a Thalassaemia on the Incidence of Malaria and Other Diseases in Children Living on the Coast of Kenya. *Plos Medicine*, 3(5): 158.

Zechmeister, I. (2005). Perspectives of Mental Illness. *Mental Health Care Financing in the Process of Change*. Published by: Peter Lang AC.