

Artículo especial

Concepto de Desorden Mental: Imprecisión y dificultades

Fernando Ruiz Rey^{1*}

Resumen

En este trabajo se comienza el análisis de las imprecisiones y dificultades del concepto de desorden mental presentando la noción de enfermedad y de desorden mental, ambos caracterizados primariamente por ser experiencias vitales de aflicción y limitación personal. Se señala que la enfermedad está habitualmente definida por un sustrato biológico que no está presente en la mayoría de los desordenes mentales. Se sugiere la conveniencia práctica de conservar esta distinción. Se señalan las dificultades en las fronteras de la definición de los desordenes mentales con las enfermedades físicas y, muy particularmente, con las crisis existenciales y otras conductas sociales aberrantes no consideradas patológicas. Se analiza la definición de desorden mental, señalando que el DSM IV requiere para el diagnóstico de desorden mental la presencia de disfunciones biológicas --difíciles de demostrar--, y disfunciones psicológicas y conductuales que son básicamente circulares en la descripción. Se presentan las ventajas y desventajas de las definiciones categoriales y dimensionales. Se analizan los esfuerzos conceptuales realizados para distinguir la normalidad de la anormalidad en psiquiatría para evitar el uso de las intuiciones y juicios de valores en esta distinción; se analizan brevemente los métodos estadísticos y los conceptos evolutivos de “función natural” con los que se intenta presentar criterios ‘científicos’ y ‘objetivos’ en la caracterización de los desordenes mentales. También se presentan críticamente el “naturalismo híbrido” y los mecanismos mentales propuesta por J. Wakefield, y la “función de Cummins”. Se presenta la importancia de las intuiciones y valores en la determinación de anormalidad de los desordenes mentales, y se muestran los modos como se implementan en los distintos desordenes. Se analizan brevemente el constructivismo en psiquiatría y la crítica de la antipsiquiatría. Se concluye señalando la necesidad, y creciente popularidad, de un acercamiento pragmático con distintos propósitos para las definiciones y clasificación de los desordenes mentales. Se enfatiza la importancia de utilizar metodologías claras y coherentes con presentación de resultados replicables en los estudios clínicos para facilitar la mejor elaboración de las categorías diagnósticas. Se recalca la necesidad de mantener además, una definición y clasificación general de los desordenes mentales, para unificar y ordenar el campo de actividad de la disciplina, favorecer la comunicación, la educación y las investigaciones clínicas.

Palabras claves: Desorden mental, trastorno mental, nosología, definición trastorno mental, clasificación de desordenes mentales, función natural, naturalismo híbrido, función de Cummins, constructivismo, antipsiquiatría, pragmatismo y psiquiatría.

Abstract

This work begins the analysis of the concept of mental disorder presenting the notions of disease and mental disorder; both characterized by being existential experiences of affliction and personal limitation. However, disease is defined in relation to biological causes that are not usually present in the majority of mental disorders. It is suggested that pragmatically it might be useful to maintain both concepts in psychiatry. The DSM IV definition of mental disorder is analyzed underscoring its requirement of the presence of psychological, behavioral, and

biological dysfunction to formulate this diagnosis. The biological dysfunction is absent in the majority of cases; the psychological and behavioral dysfunctions mentioned, are basically the clinical symptoms and signs of the disorder: circularity involved. Categorical and dimensional definitions are compared in terms of advantages and disadvantages. Theoretical concepts used to explain 'objectively' and 'scientifically' the difference between normality and abnormality are analyzed; statistical approaches, the evolutionary concept of "natural order", the Wakefield "hybrid naturalism" and mental mechanisms, and Cummin's function are critically reviewed. The unavoidable role of intuitions and values to distinguish normality/abnormality in mental disorder is reviewed. Constructivism and Antipsychiatry criticisms are presented. The increasingly popular pragmatic approach to definition and classification of mental disorders is recommended. Keeping a general classification of mental disorders, in spite of the inadequacies of the basic concept, it is necessary to provide order and unity to the study of psychiatry, and to facilitate communication, education, and research.

Keywords: Mental disorder, nosology, definition mental disorder, classification of mental disorders, natural function, hybrid naturalism, mental mechanisms, Cummins' function, constructivism, Antipsychiatry, pragmatism in psychiatry.

Recibido: 16/08/2011 – Aceptado: 16/12/2011 – Publicado: 01/02/2012

* Correspondencia: feru101@hotmail.com

¹ Psiquiatra. Raleigh, NC. USA

La elaboración del DSM 5 ha desencadenado una viva polémica centrada en los procedimientos seguidos por la comisión encargada de esta tarea y, fundamentalmente, por el criterio y manera como se especifican los distintos trastornos incluidos, o por incluir, en la nueva clasificación. En la raíz de estos desacuerdos y controversias se puede constatar que el problema de fondo es la vaguedad e imprecisión en la concepción y definición de “desorden mental”, y por consecuencia, de todos los desordenes mentales particulares. Este artículo intenta presentar de una manera general algunos de los problemas y complicaciones que enfrenta la noción de desorden mental. Este no es un asunto nuevo o desconocido, ya en la introducción del DSM IV Guidebook (1) se reconocen claramente la imprecisión del concepto y las dificultades en su definición, y se recalca al mismo tiempo, cautela y juicio clínico en el uso del manual. Sin embargo, me ha parecido oportuno presentar nuevamente el tema, ahora que las clasificaciones (DSM y ICD) en uso están siendo revisadas y actualizadas. El propósito de este artículo no es una revisión puntual de ninguna de estas clasificaciones, sino más bien señalar algunas de las áreas en las que la noción de desorden mental encuentra problemas y controversia.

Noción de enfermedad y de desorden mental

La noción de enfermedad y la idea de desorden mental, se perfilan y se definen en el ámbito socio-cultural; estas nociones son los resultados de las observaciones y estudios realizados por la colectividad acerca de las situaciones humanas de aflicción e impedimento en la vida cotidiana de los afectados. Estas situaciones humanas son experiencias vitales, existenciales; ya sea, primariamente referida al área corporal o, a la esfera de lo mental. Estas experiencias pueden ser transitorias, recidivantes o permanentes; pueden emerger sin claros factores precipitantes, o ser desencadenados por traumas físicos o interpersonales, o incluso estar presentes desde el nacimiento o aparecer a temprana edad. Estos tipo de experiencias han sido siempre objeto de atención para los seres humanos, los hombres en el curso del tiempo han formulado variadas interpretaciones acerca del origen de estos trastornos y han desarrollado diversas modalidades para enfrentar y aliviar estas situaciones de limitación y aflicción. La Historia de la Medicina nos ofrece una larga narración de cómo se han cristalizado estos esfuerzos en el transcurso de la humanidad.

En nuestro mundo contemporáneo, regido prevalentemente por un acercamiento tecnocientífico a la naturaleza y a la vida humana, y sus problemas, la comprensión de estas situaciones se ha ‘medicalizado’, esto es, se considera que el fundamento de estas experiencias son primordialmente de carácter físico, y la investigación biológica lo ha confirmado en buena medida al conseguir un progreso indiscutible --teórico y práctico-- en lo que constituye hoy el cuerpo de la medicina somática. Estas aflicciones médicas con base patogénica orgánica/funcional son denominadas “enfermedades”, pero conviene recordar que no toda la patología física tiene una base conocida, como lo son: el síndrome de fatiga crónica y el dolor facial atípico (2). Como consecuencia del inmenso avance de la medicina y de su merecido prestigio, así como de otros factores entre los que hay que contar influencias históricas, sociales, económicas y profesionales, la noción de enfermedad se expandió para referirse también a las situaciones de alteración al bienestar e impedimento que no presentan evidencia de bases biológicas evidentes para llamarlas, ‘enfermedades mentales’. En psiquiatría se ha estado consciente de que la mayoría de estas aflicciones no muestran un fundamento orgánico evidente y demostrable, por lo que se ha reemplazado la denominación enfermedad, por “desorden mental”, aunque a veces se usan ambas expresiones en forma intercambiable. No obstante, la psiquiatría señala al mismo tiempo, que algunos desórdenes mentales son en verdad enfermedades con base biológica evidente, como por ejemplo, el delirium y la Enfermedad de Alzheimer. Más aún, algunos miembros de la profesión proponen tentativamente otros

desordenes mentales como enfermedades, aunque estos no muestren una base estructural orgánico-funcional claramente especificada, como son los casos de la esquizofrenia, del trastorno bipolar y de la depresión mayor. Se espera que la investigación biológica demostrará en un futuro cercano, las alteraciones somático funcionales o simplemente funcionales, que expliquen estos desordenes.

Ahora, si consideramos como enfermedades los cuadros psiquiátricos con base somática-funcional, significa que lo patológico radica a nivel de lo biológico: patología tumoral, metabólica, degenerativa, etc. Entonces, el trastorno no sería en rigor un desorden mental, sino que una enfermedad somático-funcional con sintomatología mental. Así, si eventualmente encontrásemos una alteración o, alteraciones orgánicas funcionales patogénicas en la esquizofrenia y en el trastorno bipolar, entonces podríamos afirmar que se trata de enfermedades de esos sistemas biológicos, expresado por síntomas mentales y conductuales; una situación muy poco probable, ya que la presentación de estos trastornos, particularmente la esquizofrenia, indica participación, no solo de componentes genéticos de vulnerabilidad y de circuitos neuroquímicos, sino también muy importantemente elementos psico-sociales. (3) De esto se podría desprender que la idea de considerarlos como posibles enfermedades por participar en su expresión factores biológicos significativos, no sería suficiente para homologarlos a las enfermedades físicas propiamente tales. Sin embargo, se puede argumentar que, aún en las enfermedades físicas se encuentran factores psicosociales en su aparición (el estrés, por ejemplo), y sin lugar a dudas en su manejo terapéutico, así como también se encuentran correlatos neurofisiológicos en los desordenes mentales y en las actividades normales de la vida humana. Y no puede ser de otra manera, si consideramos que el ser humano es una unidad viviente que epistemológicamente estudiamos en dos vertientes separadas, la corporal y la mental. De modo que no es posible hacer una separación tajante entre las enfermedades físicas y desordenes mentales; no obstante, en la patología física la participación causal biológica es más clara y tangible que en las perturbaciones psicológicas, por lo que se puede considerar válido reconocer esta diferencia, manteniendo el término de enfermedad para aquellas condiciones con clara participación patogénica biológica, y desorden mental para las aflicciones, sin esas características, teniendo presente que la zona limítrofe de estas nociones es muy imprecisa, y que el ser humano es una unidad mente/cuerpo. Reflejo de esta combinación de lo físico con lo psicológico en el enfermar humano es el énfasis en la medicina humanista en la práctica de la medicina física, y el uso de modelos biopsicosocial en la práctica de la psiquiatría. Pero esta distinción pragmática entre enfermedades y desordenes mentales encuentra resistencia, fundamentalmente por razones teóricas, considerando que el uso de la noción de desorden mental versus enfermedad con base somática, es un remanente del dualismo mente-cerebro, insostenible en la actualidad (4:4-5)

Si la frontera del desorden mental con la enfermedad es poco nítida, más aún lo es su contorno con las reacciones y problemas del diario vivir considerados por el grupo cultural como no pertenecientes al área de la medicina, incluyendo en este tipo de situaciones, los conflictos sociopolíticos, la conducta criminal, y otras conductas inusuales. Esta situación de fronteras borrosas en las definiciones de los desordenes mentales no es novedosa, es de partida reconocida en la Introducción del DSM IV (p. XXII).

Desorden mental y crisis vitales o existenciales

La vida humana es una constante lucha por realizar nuestra existencia, por llevar a cabo nuestro proyecto vital en circunstancias que siempre ofrecen resistencia a nuestras aspiraciones y necesidades. Las dificultades y las frustraciones generadas emergen en diversos dominios de

nuestra vida con manifestaciones fundamentalmente emocionales, cognitivas y conductuales; estas reacciones son consideradas por la comunidad, y por la mayor parte de los sujetos afectados, como crisis normales del diario vivir que no requieren atención médico-psicológica especial. Las expresiones psicológicas de estas crisis deben distinguirse de los desordenes mentales que suelen presentar en algunas de sus fases --particularmente en las iniciales y leves-- , síntomas y signos similares a las crisis existenciales. La distinción no es siempre fácil, se requiere de un cuidadoso análisis de los síntomas y signos presentes, su intensidad y proporcionalidad a los factores desencadenantes, naturalmente también la historia personal y familiar. Lo importante para nuestro propósito, es que este diagnóstico diferencial requiere un entendimiento empático de la situación vital del sujeto en crisis para poder evaluar adecuadamente la reacción, y distinguirla de un desorden mental. Este es un proceso que envuelve intuiciones y juicios de valores. No hay índices objetivos que permitan un diagnóstico diferencial nítido y seguro entre lo normal y lo anormal.

En la frontera del desorden mental con las crisis vitales se presenta una línea borrosa de imprecisión, y una inevitable intervención subjetiva en el proceso diagnóstico. Las evaluaciones deben ser cautelosas para evitar ‘medicalización’ de reacciones consideradas normales, y al mismo tiempo, no perder el diagnóstico de un desorden mental que requiere intervención profesional. El diagnóstico clínico debe considerarse como un proceso que requiere revisión de acuerdo a los datos contextuales recogidos, y al curso evolutivo del cuadro patológico. Naturalmente esta manera de concebir el diagnóstico psiquiátrico le resta estabilidad y aparente científicidad, pero es más fidedigno a la realidad clínica; esto también ocurre en medicina física, pero con menos frecuencia por la presencia de índices de laboratorio y radiológicos. Esta situación cobra relevancia cuando se consideran que las investigaciones clínicas suelen realizarse aplicando diagnósticos descriptivos estrictos, sin efectuar el análisis mencionado; sin duda, una fuente de dificultades para interpretar los resultados.

A propósito de esta nebulosa frontera de los desordenes mentales, es relevante señalar que las intervenciones médico-psicológicas diseñadas para su manejo, también pueden ser efectivas en las crisis existenciales, en la conducta criminal, en otras conductas desviadas de la norma social, e incluso en la vida normal, como es el caso de técnicas psicoterapéuticas, empleo de psicotrópicos, y el uso de medicamentos para el aumento (o disminución) de funciones y habilidades normales (memoria, atención, actividad sexual, etc.). Esta situación empeora el problema fronterizo de los desordenes mentales, y tiene serias repercusiones prácticas y éticas.

Definición de desorden mental

La definición de desorden mental como una categoría genérica es importante de formular, porque ofrece los límites y parámetros para la clasificación y definición de los desordenes mentales particulares. La importancia de estas definiciones rebasa el ámbito clínico y académico, su uso y aplicación en la comunidad tiene consecuencias prácticas múltiples (legales, administrativas, económicas, y sociales, etc.). (5:19-25)

La definición de desorden mental no puede ser un concepto estructurado y sustentado desde una lógica abstracta, ni tampoco puede tratarse de un concepto metafísico que intenta captar una ‘realidad’ objetiva e independiente, una ‘entidad’ en la naturaleza, sino que tiene que ser obligadamente un concepto amplio y flexible capaz de recoger la complejidad de la experiencia humana que son los desordenes mentales. Los desordenes mentales son un grupo heterogéneo, los elementos biológicos (vulnerabilidad genética y otros cuando presente) interactúan con los factores psicosociales para moldear su expresión manifiesta. La sintomatología es compleja,

variada, sin mostrar límites discretos que permita diferenciarlos unos de otros, ni de la “normalidad”.

Las definiciones de desorden mental habitualmente hablan en forma general de funciones psicológicas alteradas: emocionales, cognitivas, conductuales que perturban el funcionamiento del sujeto en la comunidad y en su diario vivir. (6,7,8,9) El DSM IV Guidebook (1), por ejemplo, estipula que para que tengamos un desorden mental, este “...debe ser actualmente considerado una manifestación de una disfunción [alteración] conductual, psicológica, o biológica en el individuo. Ninguna conducta desviada (ej. política, religiosa, o sexual) ni conflictos que son primariamente entre el individuo y la sociedad son desordenes mentales al menos que el desvío o conflicto sea un síntoma de una disfunción en el individuo, como se ha descrito.” Esta definición de desorden mental es equívoca y parece entrañar circularidad, postula alteraciones básicas responsables de los síntomas, pero las alteraciones mencionadas son la expresión manifiesta del desorden, no se puntualizan causas biológicas, ni mentales que no sean los síntomas mismos (perceptuales, cognitivos, conductuales, etc.). La definición nace con una insuficiencia significativa.

La definición de los desordenes mentales particulares es naturalmente más específica, pero en el DSM IV no pasa más allá de la descripción de un conjunto de síntomas considerados relevantes para el desorden en cuestión en las poblaciones afectadas, y que son fácilmente accesibles en entrevistas no necesariamente clínicas. Estos síntomas se seleccionan utilizando técnicas estadísticas (análisis jerárquico de grupos, y paradigmas de reconocimiento de diseño), este grupo sintomático que exhibe una cierta coherencia se denomina síndrome. En la mayoría de los casos, no hay índices biológicos presentes. Estas descripciones diagnósticas son politéticas, esto es, los desordenes mentales son definidos por múltiples síntomas, pero no todos son necesarios, se usa una combinación específica de un cierto número de ellos para adjudicar el diagnóstico (las definiciones monotéticas exigen la presencia de todos los índices para realizar el diagnóstico; son más rígidas y estrechas). Para aumentar la especificidad y confiabilidad del diagnóstico del desorden mental, se incluyen criterios de frecuencia en la ocurrencia de los síntomas y su duración, criterios que se intentan perfilar mediante observaciones controladas en el curso evolutivo de la patología, pero la arbitrariedad en los cortes no se puede evitar. El DSM IV (1:15) usa el criterio de “significación clínica” para referirse al grado de incapacidad funcional social y aflicción de un paciente (no operacionalizado adecuadamente, y dejado a juicio del clínico) y suplementar el criterio operacional de los síntomas para adjudicar un diagnóstico de desorden mental, incluso inclina el diagnóstico en aquellos casos poco claros, en que los índices sintomáticos no son suficientes para hacerlo. Esta “significación clínica” serviría también para determinar el grado de gravedad del desorden mental y planear su tratamiento, pero no constituye un criterio siempre fidedigno. Incluso la incapacidad social, serviría para separar las crisis existenciales (1:15). Pero la utilidad de este criterio para especificar el diagnóstico de desorden mental es limitada, particularmente en los casos fronterizos con las crisis vitales y estados normales del diario vivir (embarazo, sueño, cansancio, etc.) que también producen grados variables de aflicción e incapacidad (10:87-88). La aflicción no es un índice específico de desorden mental, ni tampoco la incapacidad social (rol social), que además depende de las circunstancias sociales y culturales del sujeto (el ICD-10 mantiene el nivel de incapacidad funcional separado de los índices diagnósticos (11)). Sin embargo, la incapacidad funcional y aflicción de una persona, puede, en ocasiones, apuntar a una patología no reconocida o, meramente esbozada, – física o mental –, por su intensidad y/o descontextualización; no explicada por crisis existenciales y factores ambientales: psicosociales/físicos, considerando el contexto cultural: normas y valores. Debe notarse que la exigencia de la presencia de este criterio de aflicción y deterioro social para el diagnóstico de desorden mental, además de ser poco confiable, si no está presente, deja el cuadro psicológico-conductual sin un diagnóstico completo; una situación equívoca.

Los estudios genéticos, así como la respuesta a diversas categorías de psicotrópicos, pueden también aportar información en algunos casos de desordenes mentales, aunque estos criterios no tienen gran especificidad. El DSM IV en la Introducción (p. XXII) recomienda que se empleen las categorías diagnósticas con juicio clínico y flexibilidad para lograr el máximo de fidelidad en la clasificación de la patología. Esto naturalmente implica una debilidad en la 'objetividad' de la nosología al incorporar la subjetividad de la experiencia profesional; una situación no exclusiva de la psiquiatría, también se da en la medicina física, aunque en menor grado por la presencia de índices biológicos.

Con el DSM III se comienzan procedimientos operacionales para los puntos empleados en las definiciones de los DSMs con el fin de aumentar la confiabilidad del diagnóstico (coincidencia de distintos evaluadores en el diagnóstico), pero no hay incremento de su validez (grado de correspondencia con un cuerpo de teorías explicativas del cuadro patológico), puesto que la definición es primariamente descriptiva, 'ateórica', sin índices biológicos objetivos disponibles. La operacionalidad de los diagnósticos deja fuera condiciones sub umbrales y genera casos "no especificados", y si bien es cierto que esta operacionalidad ha aumentado la confiabilidad de los diagnósticos para fines de investigación, no lo parece tan claro en el uso clínico; muchos profesionales usan la nosología fundamentalmente para fines administrativos y legales, pero no para la práctica diaria, en la cual recurren más bien, a patrones mentales con las características del desorden, que han aprendido en su entrenamiento profesional y en su experiencia personal. Por esta razón se ha propuesto usar criterios descriptivos narrativos, clínicamente más relevantes; pero esta modalidad bajaría la confiabilidad del diagnóstico. (12:81-82)

Como las definiciones de los desordenes mentales son una descripción de síntomas sin conexión con el ambiente interno, ni externo, como tampoco con las características psicológicas del individuo, el DSM IV incluye un sistema de Axis para incorporar otras perspectivas relevantes a la descripción de las manifestaciones de los desordenes mentales; en otras palabras, para contextualizar el cuadro sintomático descriptivo y hacerlo más comprensible, afinar el diagnóstico y facilitar la intervención terapéutica. El Axis 1 corresponde al diagnóstico del cuadro clínico, el síndrome; el Axis 2 se refiere al tipo de personalidad y nivel intelectual; el Axis 3 a las enfermedades físicas que tengan inferencia en el cuadro clínico; el Axis 4 a los factores psicosocioculturales contextuales; y el Axis 5 mezcla los síntomas y la incapacidad funcional para elaborar la dimensión: escala de Evaluación Global de Funcionamiento. Desgraciadamente, no se incluyen en este sistema de Axis criterios para ponderar la influencia etiológica de estos factores, lo que permite interpretaciones y énfasis diversos.

La descripción de cada desorden mental es imprecisa, recoge lo más significativo y típico de la condición. Como es de suponer, muchos casos clínicos no calzan bien en estas definiciones, lo que genera problemas prácticos de diversa índole, en los que se encuentra naturalmente la actividad clínica. Estas descripciones sintomáticas no proveen guías específicas para el tratamiento y manejo del cuadro patológico; para este propósito, el clínico tiene que recurrir – además de la guía general que implica el diagnóstico – a la variada literatura psiquiátrica y a la experiencia personal y compartida.

La psiquiatría simplemente no opera con la precisión de la mecánica, trata con desordenes mentales en los que inciden la biología, lo psicológico y lo cultural en una dinámica de relaciones mutuas. Los desordenes mentales no pueden concebirse como una "clase natural", un nicho perfectamente definido en el orden de la naturaleza, como lo es, el oro, el oxígeno, etc., con propiedades consistentes de una instancia a otra, esto es, con propiedades esenciales posibles de capturar en las definiciones de una vez para siempre; los desordenes mentales no son 'entidades'. Los desordenes mentales, y las enfermedades en general, son básicamente

experiencias humanas, generadas por un juego de interacciones de una gama de factores, con mayor o menor participación de lo biológico propiamente tal.

Brülde (13,14:163) es de la opinión que “desorden mental” es una categoría práctica (incluye retraso mental y traumas), y no es obviamente una clase natural, ni tampoco pertenece a ninguna teoría científica explicativa madura, como las que se observan en la medicina física, porque como hemos señalado son meramente descriptivos, atóricos. Brülde menciona autores que ven en este concepto de “desorden mental” ventajas para la integración e investigación psicopatológica, pero no ve como esto puede ocurrir. En este sentido es preciso comentar que la descripción fenomenológica de los síntomas y signos de los desordenes mentales suele ser escueta y superficial en el DSM IV, lo que no contribuye, ni a la especificidad de la descripción definicional, ni a estudios psicopatológicos más finos.

Las dificultades y complicaciones que presenta el uso de la expresión “desordenes mentales” para designar una variedad tan distinta y compleja de ‘aflicciones’ o ‘trastornos psicopatológicos’ es enorme, al punto que algunos autores han sugerido que deberían simplemente abandonarse, conservando solamente las ‘enfermedades mentales’, o sea aquellos ‘trastornos’ con base biológica más clara como, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión mayor (Ghaemi (15), y otros). Esta solución práctica y aparentemente salomónica, para evitar los problemas de definición, nos deja con una serie de “condiciones” fuera del espectro de las enfermedades mentales, y con ello, fuera del área médica propiamente tal. De este modo, o, la psiquiatría quedaría reducida a unas pocas ‘enfermedades mentales’, o, dividida con un pie en la medicina y el otro en un terreno abierto a variadas interpretaciones (psicológicas, sociales, morales, legales, políticas, etc.), cuyo control o ‘tratamiento’ (no médico) dependería del modelo que se utilice. Aunque en la profesión médica existe descontento con los términos de ‘desordenes mentales’, parece no haber indicaciones que la expresión desorden mental se vaya a eliminar en un futuro cercano.

Definición de categoría y dimensión

Una definición categorial es precisa con límites discretos, bien establecidos, que distingue claramente una condición de otras, y con homogeneidad de todos los casos incluidos. Estas características solucionarían el problema de los desordenes mentales, con ello desaparecerían las fronteras borrosas y las imprecisiones. Pero como hemos visto, la expresión manifiesta de esta patología es compleja, sin fronteras nítidas, y algunos desordenes se traslapan. Los síntomas y signos no están respaldados por conocimientos biológicos evidentes en la mayoría de los casos, ni por teorías del funcionamiento del aparato mental -- normal/patológico --, sólidamente establecidas y compartidas. La distinción entre desorden y normalidad es subjetiva, basada en última instancia en valores e intuiciones. Estas son razones suficientes para pensar que las definiciones categoriales no son particularmente apropiadas para este material clínico.

En este sentido las definiciones politéticas del DSM IV, sin ser categoriales por excelencia, son definiciones propuestas como diagnósticas utilizando índices binarios: presentes o ausentes; sin gradación. Estas definiciones se elaboran en base a estadísticas con grupos de pacientes con presentación clínica semejante, de ellos se extrae lo relevante; de modo que la definiciones del DSM IV son estadísticas y no podrán nunca tener límites precisos, estos siempre serán arbitrarios; estas definiciones en rigor no son categoriales. Para Ghaemi, desde una perspectiva no primariamente estadística, los síntomas y signos de las definiciones: “ ...son meras abstracciones de lo real, tipos ideales en la terminología de Jaspers, y así no entidades reales.” (16:164) El diagnóstico en este caso, es por comparación al tipo ideal. Las definiciones de los

desordenes mentales, sean estos elaborados estadísticamente, sean concebidos como tipos ideales o prototipos de una condición, no son precisos, no se trata de definiciones exactas de 'entidades' tangibles, como lo son en cierto modo las enfermedades físicas (aunque no en forma absoluta). Por las razones anotadas se puede concluir que las definiciones categoriales propiamente tales, no son posibles para los desordenes mentales. Pero, aún con estas dificultades al encasillar los desordenes mentales en definiciones 'tipo categoriales', si bien se pierde información de los individuos y no son nítidas, se gana información al pertenecer a un grupo que se estudia estadísticamente; aunque en el DSM IV Guidebook (1:17) se previene que las descripciones de síndromes no son garantía de que los pacientes que cumplen con los índices diagnósticos de una categoría posean necesariamente una misma etiología, patogénesis, ni respuesta terapéutica. Sin embargo, el orden que estas categorías introducen es de ayuda para la comunicación, la investigación y la clínica.

Se critica este tipo de definiciones 'categoriales' en psiquiatría, porque, si estrechas, pueden dejar fuera de la nomenclatura casos patológicos incipientes y atípicos, lo que genera problemas clínicos y prácticos (13). Por otro lado, si el criterio diagnóstico se expande para acoger casos marginales, se corre el riesgo de incluir estados no genuinamente patológicos que pueden recibir indebidamente tratamiento farmacológico, y estigmatizar a las personas afectadas. Otra crítica al sistema categorial en psiquiatría es que al estar basado solo en una descripción de síntomas y signos, ocurre a menudo que algunos casos clínicos calzan en más de una categoría diagnóstica, generándose un problema de diagnóstico doble, o múltiple; de modo similar, también suele observarse heterogeneidad en una categoría, por ejemplo, respuestas diferentes al mismo tipo de tratamiento, como ocurre en las depresiones mayores. Los autores que formulan este tipo de críticas se inclinan por las definiciones dimensionales, pensando que muchos desordenes mentales diferentes, comparten substratos biológicos comunes. (17:3-6)

Las definiciones dimensionales en cambio, son gradadas, van de menor a mayor en la presencia e intensidad de los síntomas y signos indicativos de desorden mental. Los proponentes de estas definiciones piensan que reflejan más apropiadamente la naturaleza biológica compartida de muchas expresiones de los seres humanos (18:3-14). En las dimensiones se postula una continuidad funcional, sin una línea divisoria definitiva entre lo normal y lo patológico; para algunos autores, en el área patológica de la dimensión, hay daño y limitación para el sujeto (lo que implica un juicio de valores). Este tipo de definiciones gradadas puede ser útil para algunos desordenes mentales específicos, particularmente los desordenes de personalidad (neuroticismo/extraversión/rasgos compulsivos y paranoides, etc.), pero también se pueden implementar en otras patologías como, el espectro depresivo y el espectro esquizoide.

La incorporación de gradación en la definición de los desordenes particulares las hace más flexibles para adaptarse a la complejidad y variabilidad clínica, pero no mejora la nitidez de los conceptos, por el contrario la hace borrosa, aunque se utilicen varias dimensiones clínicas en su elaboración. Por lo demás, si el uso de diversas dimensiones aumenta la precisión diagnóstica, también agrega complejidad al proceso; constituye un beneficio que parece más teórico que práctico, y definitivamente resulta más engorroso para el clínico. El uso de dimensiones conlleva además el riesgo potencial de 'medicalizar' situaciones del diario vivir, con lo que se genera posible uso de tratamiento farmacológico no indicado, posible estigma y dependencia en los afectados.

Alteraciones intrínsecas de los trastornos mentales

Como hemos visto las definiciones de los desordenes mentales particulares son fundamentalmente descriptivas, utilizando las categorías psicológicas usuales para describir los síntomas y signos mentales (emociones, voluntad, pensamiento, memoria, conducta etc.). Las definiciones cuentan con el supuesto implícito o explícito de alteraciones intrínsecas en el sujeto, no basta una descripción sintomática para establecer el diagnóstico de desorden mental. En la medicina física las enfermedades cuentan con el sustento somático, no se trata de una mera lesión somática, porque puede haber variaciones somáticas inertes que no provocan ninguna alteración funcional, sino que de *alteraciones somático-funcionales* que alteran el comportamiento del sujeto en forma negativa (juicio de valores involucrados). En psiquiatría tenemos la Enfermedad de Alzheimer que es básicamente la única en el listado de desordenes mentales que presenta más o menos un sustento somático-funcional específico que explica la sintomatología del cuadro.

Puede también darse el caso que se tenga una *alteración funcional biológica* sin tener una lesión somática estructural evidente, como sería la hipertensión en medicina física. No se da esta situación en psiquiatría, aunque la esquizofrenia se acerca a este tipo de alteración funcional con los trastornos bioquímicos y neurofisiológicos envueltos en el desorden; pero no se dispone de índices, ni marcadores biológicos que lo muestren apropiadamente y faciliten la precisión diagnóstica. Las alteraciones somático-funcionales y las alteraciones funcionales biológicas para la comprensión de la patología, siguen el modelo patogénico de la medicina física. Su influencia en psiquiatría ha sido clara y persistente, y ha degenerado desgraciadamente en un reduccionismo distorsionante y paralizante, proyectando un naturalismo realista y esencialista (supuestos ontológicos de una nosología discreta basada en la realidad y causalidad del cerebro y sus procesos) de la patología mental que no corresponde con la 'realidad' vivida de los desordenes mentales, generada por una complejidad dinámica de múltiples factores.

La psiquiatría habla, como hemos mencionado, no ya solo de disfunciones biológicas, sino también de disfunciones (alteraciones) mentales. En el texto citado del DSM IV (1), se estipula que para que tengamos un desorden mental, este "...debe ser actualmente considerado una manifestación de una disfunción conductual, psicológica, o biológica en el individuo..." Las palabras clave de la definición son: "disfunción", 'en el individuo'; esta disfunción, intrínseca, es la responsable que una conducta o psicología manifiesta sea patológica. Se puede decir que para que tengamos un desorden mental, algo tiene que estar fallando en el afectado para que ocurra la conducta y la psicología anormal manifiesta. En medicina se habla de 'función' de los diversos componentes corporales que mantienen al organismo operando adecuadamente, cuando esa función falla tenemos una disfunción reflejada en un cuadro clínico. En psiquiatría se sigue esta concepción de los trastornos patológicos, en la definición citada, se habla de disfunción de la conducta y psicología normal para poder hablar de desorden mental (se menciona la biológica, pero esta no es evidente en la gran mayoría de los diagnósticos). En esta definición la conducta o psicología manifiesta del desorden mental no son juzgadas desde un punto de vista cultural o valorativo para calificarlas de normal o anormal, sino que se exige la presencia de disfunciones intrínsecas para asentar el desorden mental en el campo psiquiátrico (médico).

Un primer problema que se plantea con la definición es, cómo determinar que una conducta o psicología es disfuncional, sin tener en psiquiatría índices biológicos ni psicopatológicos que muestren las alteraciones intrínsecas, fuera de las expresiones manifiestas que son las que se está tratando de catalogar como desorden mental. Ante la falta de estos índices 'objetivos' (básicamente inexistentes), nos quedamos solo con la conducta/psicología manifiesta que hay que catalogar como desorden mental. Una manera de hacerlo es recurrir lisa y llanamente a una intuición y criterio valorativo cultural para declararlas 'anormales', pero este procedimiento no

es aceptable para muchos autores, no es 'objetivo' ni 'científico'. Para evitar las intuiciones y juicios de valores se propone emplear una metodología estadística y, así estimar la conducta/psicología media de la comunidad, y llamar a esta media: normalidad, y a los extremos de la curva estadística: anormal; pero el punto en que se realizan estos cortes, naturalmente implican una arbitrariedad que perturba de partida la pretendida objetividad del procedimiento.

Los autores adscritos a la Teoría de la evolución creen poder aportar un criterio para incrementar la objetividad del procedimiento estadístico, y sostienen que las enfermedades, incluyendo los desordenes mentales, son variantes de lo normal adaptativo, diseñado por el proceso evolutivo ("función natural"), y por tanto susceptible de ser detectado estadísticamente; esta función no se define categorialmente, sino como una dimensión gradada (esto deja una zona abierta a la discreción valorativa). Usando este criterio, lo estadísticamente normal corresponde a los sujetos mejor adaptados en el proceso evolutivo, lo anormal son los extremos de la curva estadística: variaciones. Un problema, en principio, con la determinación de la alteración de la función natural radica en que el *Homo Sapiens* ha evolucionado en sociedad con lo que muchas de sus funciones mentales se han desarrollado en un juego de interacciones genéticas y ambientales, lo que hace muy difícil distinguir lo social de lo evolutivo biológico. (19)

No es claro que el solo método estadístico, aún con el respaldo de los conceptos evolutivos, sea suficiente para el reconocimiento de un desorden mental, ni para sustentar una definición precisa de lo anormal. Consideremos la inteligencia en una comunidad, el extremo bajo de la curva puede ser fácilmente considerado disfuncional, pero el extremo superior -- los genios --, aunque 'anormales' estadísticamente, no podríamos sostener que sufren de una disfunción (mal adaptados) y de un desorden mental; ahora si consideramos la habilidad musical, ninguno de los extremos de la curva estadística se pueden tildar de disfunciones, ni de desorden mental.

Christofer Boorse (Teoría bio-estadística; ver cita 20:2), intenta refinar los estudios estadísticos generales para escapar de los juicios de valores y de las arbitrariedades, para esto no usa la comunidad en su totalidad como referencia (la totalidad de la especie, que en buenas cuentas sería una generalización nada empírica), sino un grupo relevante a lo que se estudia, una 'clase de referencia' 'apropiada'; pero 'lo apropiado' hay que distinguirlo de lo 'no apropiado', hay que realizar una selección, y esto implica un juicio de valores. Según el autor, de este modo se pueden estudiar funciones específicas de las múltiples funciones que se encuentran en una especie, en referencia a grupos relevantes, como pudieran ser la edad, sexo y raza; así por ejemplo, para estudiar el nivel de hormonas que varían según la edad y el género de la persona hay que usar un grupo de referencia pertinente en edad y sexo. Pero esta técnica no suprime el problema de los extremos de la curva estadística normal, estos no desaparecen por usar grupos de referencia específicos, siempre se necesitará en esa zona de los extremos, un juicio de valores para catalogar --en el caso de los desordenes mentales--, una conducta/psicología, de anormal o, simplemente de una extrañeza que no se considera patológica. Un ejemplo lo ofrece la homosexualidad que sería un desorden mental (no considerada tal en los manuales actuales) si se usa como referencia la población general, pero, si para evitar esta situación, se elige un grupo de homosexuales como clase de referencia apropiada para el estudio estadístico (no un grupo de heterosexuales o la población general como referencia), entonces la homosexualidad no es anormal estadísticamente. Con esto se ilustra que la selección de clase de referencia implica un juicio de valores, que es precisamente lo que se está tratando de evitar con el método estadístico respaldado por la objetividad de la teoría de la evolución. Además, si se sostiene que los desordenes mentales (y las enfermedades) son variaciones del diseño biológico, se cae en una circularidad, ya que considerar el centro de la curva estadística como "normal" y afirmar que es lo normal, porque es una "función natural", se explica una en referencia a la otra. (20:2)

Algunos autores que adhieren a la teoría de la evolución y que postulan una “función natural”, intentan franquear el problema, puntualizando que una conducta o psicología anormal para ser tal, además de no caer en el rango estadístico normal, debe producir una desventaja biológica; las desventajas por excelencia en la teoría evolutiva son: supervivencia disminuida o capacidad reproductiva limitada. Esta conducta o psicología disfuncional, estarían presentes desde el nacimiento al ser fenómenos biológicos y tendrían además que ser persistentes y suficientemente intensas para perturbar la fertilidad y la longevidad de la persona. De este modo, la cualificación evolutiva no armonizaría con las conductas y psicología anormales (y enfermedades) transitorias que no dejan secuelas o, si las dejan son insuficientes para alterar los índices evolutivos escogidos. Por otro lado, existen estilos de conducta, como las del mercenario profesional o del monje, que son estadísticamente infrecuentes y tienen una supervivencia menor para el primero y una baja en la fertilidad en el segundo, y no son consideradas desordenes mentales. Pero claro, la teoría evolutiva tiene otras explicaciones para los casos que no calzan con su criterio tradicional de disminución de la fertilidad y de la supervivencia. Entre las explicaciones accesorias de la evolución se pueden mencionar: aumento de ajustes a ciertos grupos (con lo que salvarían el problema planteado por la homosexualidad); la existencia de “spandrels” o rasgos secundarios – subproductos -- del proceso evolutivo no sometidos a la selección natural (con lo que muchas variaciones de la norma pueden ser incluidos en lo disfuncional, aunque no cumplan con el criterio clásico de la selección natural); la posibilidad que rasgos adaptativos del pasado persistan y no resulten adaptativos en las circunstancias presentes (con lo que explicarían algunos cuadros depresivos); función de propensión: la propensión aumenta la capacidad de ajuste evolucionario en ambientes posibles (pasados, presentes y futuros), confiere una capacidad de ajuste concreto de alta maleabilidad, y es obviamente un logro de la evolución. (21:3) Las explicaciones son variadas e ingeniosas (quizás fantasiosas), pero entre más amplias se vuelven, resultan menos evidentes y coherentes, y se revelan más ideológicas; pero este manojo de explicaciones evolutivas no es capaz de explicar coherentemente todos los trastornos mentales, siempre surgen algunos que se escapan a las soluciones especulativas, y tampoco logran eliminar el criterio evaluativo (valores) para dar cuenta de la ‘anormalidad’ de los desordenes mentales.

El criterio estadístico por sí sólo no es suficiente para identificar adecuadamente, ni la “normalidad”, ni una función/disfunción conductual o psicológica, ni tampoco ayudan la exigencia evolutiva de disminución de fertilidad y de supervivencia, que no armoniza con las disfunciones (o enfermedades) transitorias, o con las de curso prolongado que no alteran los índices evolutivos propuestos. La única salida a estas dificultades es utilizar factores culturales valorativos de daño, pero con ello nos alejamos del terreno evolutivo biológico -- que pretende ser ‘objetivo’ y ‘natural’ --, para entrar al ámbito cultural y axiológico, que si se quieren explicar siguiendo lo Teoría de la Evolución Darwiniana, se requiere de alambicados argumentos y de muy controvertibles supuestos (22). Es interesante que Wakefield (23:385) un autor de clara inclinación por la teoría de la evolución, en el criterio que propone para desorden mental, una de las condiciones es que se produzca daño o disminución de beneficio para el afectado, y la otra, que esta condición sea el resultado de una falla de un mecanismo mental para realizar una función natural; este autor presenta un criterio mixto, un ‘naturalismo híbrido’; aunque sostiene que una vez identificado el desorden por una evaluación (valores), el estudio de los mecanismos causantes es un proceso objetivo.

En suma, las explicaciones evolutivas son muy hipotéticas y altamente debatibles, no se pueden tomar como fundamento sólido para sustentar la dimensión objetiva de desorden mental; resulta inevitable incluir consideraciones valorativas como incluso lo muestra Wakefield, gran abogado de la concepción científica (evolutiva) de desorden mental. (24)

Mecanismos mentales responsables de la función mental

Wakefield (25:253-269) al especificar el sentido médico (y psiquiátrico) de función y disfunción, explica que estos términos no se refieren a la calidad del comportamiento de una persona en un ambiente dado: "...sino que a si los mecanismos dentro de la persona [intrínsecos] están realizando o no, las funciones para los que han sido diseñados." Este es obviamente un argumento inspirado en la teoría de la evolución y su mecanismo darwiniano de selección natural. Los mecanismos normales – función—son seleccionados; entonces, la 'normalidad' es lo que corresponde a la especie según el nivel evolutivo; se trataría de un "orden natural", biológico. Un primer problema con esta propuesta es que, aun aceptando esta idea, los fenómenos biológicos en medicina y psiquiatría, no se presentan en forma discontinua, sino más bien gradados, de modo que buscar un orden natural discreto y unitario que garantice la neutralidad de valores, no parece posible. (26:157)

Wakefield (23:373-388) no habló de alteración de conductas y de psicología como lo hace el DSM IV, sino específicamente de 'mecanismos' como responsables de "efectos" a nivel psicológico y conductual, mecanismos que están armoniosamente integrados para una función mental adecuada; lo disfuncional surge cuando estos mecanismos no están apropiadamente envueltos. Para Wakefield estos mecanismos son mentales "...algunos de los cuales pueden aún no haber sido identificados, y los fallos de dichos mecanismos se denominan disfunciones." (27:151) Ejemplos de dichos mecanismos para el autor, son: la percepción, cuya función es la transmisión de información precisa acerca del ambiente, y los mecanismos cognitivos que capacitan al individuo de racionalidad (otros 'mecanismos' listados: lingüístico, afectos, motivacional, fatiga, temor). Nótese que esta definición básica de mecanismos, que se supone ser "fáctica" ('científica'), ya implica una discriminación de lo que es considerado funcional y no funcional, y esto implica un juicio de valores. El autor agrega: "La función de un mecanismo en sí misma posee un valor explicativo: la existencia y la estructura de un mecanismo se explican en referencia a los efectos de dicho mecanismo" (27:151)..... "una función natural de un órgano o un mecanismo es un efecto del órgano o del mecanismo que interviene en la explicación de la existencia, la estructura o la actividad del órgano o del mecanismo" (27:152) Esta descripción armoniza bien con los órganos corporales, por ejemplo, el corazón. Tanto la estructura, como la fisiología de este órgano, encuentran explicación en su 'función': bombear sangre. Pero esto no resulta tan claro para los mecanismos mentales, por ejemplo la percepción, catalogada por el autor como mecanismo, parece ésta más bien corresponder al bombear la sangre (función); esto puede ser realizado bien o mal, esto es, funcional o disfuncionalmente. La percepción es el efecto de algo que la hace funcionar bien o mal, así como la función cardíaca es el efecto de la estructura y fisiología del corazón. De modo que en rigor, los 'mecanismos mentales' propuestos por Wakefield son los efectos de algo, que, usando el lenguaje del autor, serían los 'verdaderos' "mecanismos", pero claro, el autor no elabora el tema satisfactoriamente, y queda confuso.

Estos supuestos mecanismos tienen, en última instancia, base cerebral (13:54) tienen su origen en lo orgánico. Aquí surge la conocida dificultad de pasar de un nivel físico-químico cerebral al nivel psicológico vivencial; este es el gran problema que enfrentan los estudios de la relación mente-cerebro. En la filosofía de la mente encontramos numerosas tesis que intentan dar una respuesta a este radical problema, las dos tesis que tienen más arrastre son, la tesis que visualiza al cerebro como el hardware y la mente como el software en analogía con el computador, y la tesis de la emergencia de sistemas nuevos, imprevisibles y con sus propias leyes, desde sistemas más elementales. Estas tesis encuentran dificultades conceptuales, y no resuelven el problema mente-cerebro en forma satisfactoria, aunque algunos autores las toman como un artículo de fe. Pero éste no es el tema de este trabajo, solo señalamos que en rigor solo es posible hablar de correlaciones mente-cerebro, y de causalidad de doble vía en muchas áreas; la correlación más fina de constructos psicológicos y actividad neurofisiológica está por realizarse. (3)

El término ‘mecanismos’ nos lleva necesariamente a pensar en la teoría de los movimientos de masas materiales y de las fuerzas que lo producen y, claro, esta acepción técnica del vocablo no puede ser utilizada para entender los ‘mecanismos mentales’; allí no tenemos movimientos corporales, ni fuerzas elementales de la materia; pero en verdad, Wakefield habla de mecanismos en sentido de causas y efectos internos de un sistema. Wakefield presenta los mecanismos como responsables de efectos, por lo tanto, los mecanismos no son los efectos mentales (conducta y psicología manifiesta), estos actuarían a otro nivel para producir los efectos finales (lo que se presenta fenomenológicamente), y naturalmente cabe preguntar sobre qué material actúan los mecanismos para lograr el efecto final. Si pensamos en la mecánica; por ejemplo, el funcionamiento de un motor, aquí los mecanismos están referidos al movimiento apropiadamente integrado de las piezas para lograr un efecto: movimiento rotatorio de una parte específica del artefacto mecánico. Pero esta elaboración de la idea de mecanismo mental no está clara en Wakefield, y sin una elaboración explícita de las operaciones ‘mecánicas’ de la mente, la concepción de disfunción por mecanismos alterados o distorsionados queda trunca, sin verdaderamente aportar nada nuevo al nivel de las alteraciones personales de los desordenes mentales

Tampoco se puede menos que preguntar de dónde emerge la fuerza de operación de los mecanismos mentales, al parecer no se niega que en última instancia provengan de los procesos neurofisiológicos, pero con ello surge el problema ya tratado más arriba, el paso de lo físico a lo mental; difícil resulta por ejemplo, comprender que las fuerzas elementales ciegas de la materia den origen (que emerjan) la fuerza del amor, del deseo, de la virtud. La concepción de mecanismos y sus implicaciones no resulta en nada clara para el entendimiento de los desordenes mentales sin una elaboración conceptual convincente y evidencias empíricas que correspondan a estos conceptos. Por lo demás, si se aceptara la existencia evolucionaria de mecanismos mentales, surgiría el problema de cómo se reconocen, si en verdad lo que es evidente y manifiesto son sus efectos: conducta/psicología, y para determinar si estas son funcionales o disfuncionales, hay que recurrir a las estadísticas, a intuiciones y valores. De modo que, postular un “orden natural” producto de la evolución, solo sirve como un intento para anclar los desordenes mentales en la medicina, en lo supuestamente objetivo y científico de la teoría de la evolución darwiniana. Se trata de una explicación aparentemente plausible, pero imposible de demostrar empíricamente, e íntimamente ligada – dependiente -- de la determinación de desorden mental que se hace intuitivamente envolviendo juicio de valores, después de descartar las reacciones psicológico/conductuales que tienen sentido desde el punto de vista del contexto psicológico, social y cultural. Esto es, los cuadros emocionales perturbadores y dañinos que se consideran desorden mental (descartando las crisis reactivas) tienen disfunción evolutiva, los que se consideran ‘normales’, pues no la tienen; tenemos aquí una circularidad. La pretendida objetividad que aportarían los mecanismos mentales es teórica, por no decir especulativa, porque básicamente no se conocen. Lo ‘factual’ de los mecanismos de la función natural parece una quimera, esto no significa que no se piense que haya una falla en el individuo afectado. Invocar la teoría de la evolución con supuestos mecanismos mentales alterados, parece en buenas cuentas un ejercicio fútil, con el solo propósito de intentar dar un carácter neutro y científico a la psiquiatría. No se agrega nada concreto a lo ya sabido: los desordenes mentales se determinan por un juicio valorativo de daño y sufrimiento, y la intuición de que algo no está funcionando adecuadamente en esas personas, considerando las normas, costumbres y valores de la comunidad, y el contexto y circunstancias en que se presenta, y constatando las incapacidades que los acompañan; las causas (múltiples) de estos desordenes permanecen oscuras en su mayor parte.

Es oportuno agregar, que aún dentro de los adeptos al evolucionismo hay polémicas con respecto al tipo evolutivo de los mecanismos propuestos para dar cuenta de los diversos desordenes mentales; se argumentan diversas posibles explicaciones evolutivas, lo que confirma

la maleabilidad de una doctrina de difícil refutación o de comprobación empírica. Además, según la biología evolutiva y las neurociencias, muchas funciones -- cognitivas y emocionales --, evolucionan sobre mecanismos tempranos y primitivos, neutros a la idoneidad reproductiva; a esto hay que agregar que la neuroplasticidad posnatal del cerebro generaría variaciones individuales significativas a cualquier 'función natural' sellada por la selección natural. Estos argumentos debilitan aun más la propuesta de Wakefield de un criterio universal y unitario de desorden mental, basado en la función natural. (26:157)

Algunos autores como Brülde (13:57), sugieren la posibilidad de elaborar un sistema teórico de la mente con estructuras funcionales y mecanismos; una teoría de este tipo estaría constituida por constructos, y la base observacional sería muy limitada. Brülde, y otros autores que cita, como Wakefield y Boorse, piensan que el modelo del psicoanálisis está en esa línea. Freud concibió la mente humana con tres estructuras: el Yo, el Superyó y el Ello; además describió mecanismos para establecer sus interacciones y funcionalidad (ej. 'mecanismos de defensa'). El mismo Brülde reconoce que la aplicabilidad práctica de un sistema de constructos sería difícil y de baja confiabilidad por los escasos elementos observacionales disponibles; además, estos constructos mentales habría que relacionarlos con los hallazgos de las neurociencias para que tengan base biológica e idoneidad. La concepción de un sistema de este tipo, con mecanismos mentales explicativos de funciones/disfunciones sin el sustento cerebral, sería altamente teórica, con supuestos sujetos a constante controversia, y de aplicación práctica difícil y susceptible a incesantes variaciones.

Función y disfunción no históricas

En las secciones anteriores hemos visto que para determinar el requisito del DSM IV, de disfunción (alteración) interna, intrínseca, en el individuo y poder hablar de desorden mental, numerosos autores han intentado fijar la distinción entre lo funcional y lo no funcional de la vida mental, en consideraciones históricas, es decir, adoptando un criterio evolutivo. La evolución de tipo darwiniana con su mecanismo básico de selección natural, ofrecería el criterio para distinguir la conducta y psicología 'funcional' de la 'disfuncional, ya sea porque éstas cumplen con la máxima darwiniana de facilitar la fertilidad y la supervivencia, ya sea porque son dependientes de 'mecanismos' internos, también diseñados por la evolución en su ciega marcha regida por las máximas mencionadas (ambas explicaciones coinciden, siendo la última más específica). El recurrir a la Teoría de la Evolución daría objetividad científica a la función/disfunción de los procesos mentales y conducta, anclándolos en lo "natural", producto de la evolución. Pero como hemos visto, este asentamiento en lo natural no puede prescindir de valoraciones para definir los desordenes mentales, y estas teorías son conceptualmente problemáticas.

En 1975 R Cummins (28:741-765) propone una concepción no histórica de funciones, basándose en las relaciones causales de los componentes de un sistema; de modo que: "la función de una parte de un sistema es su contribución causal a alguna actividad especificada del sistema". (29:493-514 [citado en ref. 21]). Este modo de definir función ha pasado a denominarse 'función de Cummins' y se refiere, solamente al efecto de un componente de un sistema como causa de una actividad de dicho sistema, especificada en un análisis funcional particular (21:6). En esta definición, la función/disfunción es relativa a la meta (actividad) del sistema que se analiza, y esta depende del interés y contexto del análisis; una situación de gran flexibilidad en que cada efecto (positivo o alterado) de una parte del sistema, por ejemplo de un órgano, puede considerarse una función Cummins según la meta que se considere en el análisis, por ejemplo, salud o enfermedad para el efecto positivo o alterado del órgano en cuestión. Este tipo de

análisis funcional se usa frecuentemente en medicina en donde existe un consenso en la meta (actividad) de los sistemas corporales: evitar la muerte y buscar la salud (ej. la función del corazón es bombear sangre para el sistema circulatorio y mantener la vida; la función del pulmón es oxigenar para el sistema respiratorio y mantener la vida, etc.). (21:7). Aunque se pretende que este consenso trae neutralidad valorativa y una 'normalidad' biológica de base (la fisiología normal de todos los sistemas orgánicos para mantener la vida), esto es solo ilusorio, ya que el amor a la vida y el rechazo a la muerte ocurren habitualmente, porque una se considera positiva y la otra negativa; a lo que hay que agregar que esto no necesariamente así, por lo que la subjetividad y los valores están presentes.

Es fácil notar que esta función de Cummins aplicada al problema de los desordenes mentales no ofrece ninguna ventaja a lo anteriormente tratado. Es muy claro que la función Cummins es relativa a la meta del sistema que contiene la función, en este caso la conducta y la psicología humana. Es preciso especificar primero la conducta y psicología normal, para luego ubicar el componente del sistema responsable de ellas. En otras palabras, hay que determinar en primer lugar la normalidad o la anormalidad para encontrar posteriormente el componente causal responsable. De modo que no se puede eludir una descripción valorativa de lo que se considera normal o anormal para determinar un desorden mental. Siguiendo el criterio de Cummins, la determinación de las "alteraciones" intrínsecas requeridas por el DSM IV, esto es, los componentes causalmente responsables del cuadro manifiesto, dependerá invariablemente de la descripción valorativa de lo que es un desorden mental. No es posible una función "objetiva" que afirme el diagnóstico descriptivo de un desorden mental, y pueda diferenciar un desorden mental de conductas similares consideradas normales, a las que también se pueden buscar la función de Cummins. Además, como ya hemos visto, la vida mental y la conducta humana no se pueden conceptualizar fácilmente como un sistema de componentes, salvo empleando constructos teóricos, basados ineludiblemente en concepciones diversas de la vida humana, perennemente abiertas a revisión y debate si no están estrechamente correlacionados con la actividad neurofisiológica.

Desorden mental y juicio de valores

La definición de desorden mental implica intuiciones y juicios de valores. Los desordenes mentales se refieren fundamentalmente a una condición de pesar y de limitación del sujeto que los sufre. Esta condición es el fundamento primario del que emerge el interés de la comunidad por estudiar, entender y definir estos estados. En esta raíz se encuentra de partida un juicio de valor, la aflicción y limitación personal se experimentan como una condición negativa para la vida humana. El DSM IV para reforzar el diagnóstico de desorden mental requiere daño personal y social, y, sí el DSM IV TR (1:21) habla de: "...aflicción (un síntoma doloroso) o discapacidad (alteración en una o más áreas de funcionamiento) o riesgo significativo de muerte, dolor, discapacidad, o una pérdida importante de libertad."

Algunos autores pretenden esquivar el problema de los valores en psiquiatría (y en medicina en general) enfatizando que los desordenes mentales se deben a alteraciones intrínsecas orgánico/funcionales del sujeto, con expresión psicológico-conductual. La presencia de estas alteraciones son consideradas objetivas, 'científicas', y neutras en valores; sin embargo, lo que hace que una 'alteración orgánico-funcional' en medicina, incluyendo la psiquiatría, sea realmente una alteración patológica, es el daño que provocan al portador, y esto es negativo, por tanto implican un valor; si no produjeran daño serían simplemente variaciones inertes.

Sin embargo, en la lista de desordenes mentales se encuentran excepciones a la caracterización que hemos recalcado en este trabajo, esto es, situaciones de aflicción y limitación personal. El por qué de estas excepciones no resulta particularmente clara, quizás sea por la fe que la sociedad moderna deposita en las ciencias médicas como poseedoras de la capacidad de entender y solucionar muchos problemas que sufren los seres humanos. Estas excepciones a la caracterización elemental de los desordenes mentales, son en verdad difíciles de comprender y de explicar, y como vivimos en una cultura tecno-científica es consecuente que muchas conductas aberrantes y perniciosas caigan en el terreno de la medicina. En todo caso, estas excepciones siguen estando básicamente vinculadas a intuiciones y valores, aunque no sean el sufrimiento y limitaciones de los afectados.

En este sentido, un ejemplo bien manido es el de los cuadros maníacos e hipomaníacos, estos enfermos no comunican sufrir de daño, ni de limitaciones personales. En este tipo de desorden mental, sin conciencia de perjuicio, el juicio de valores no emerge del enfermo, sino que de la comunidad que formula el diagnóstico; hay una incongruencia valorativa entre paciente y el profesional (comunidad) que considera la condición del enfermo como dañina para el que lo padece, y potencialmente pernicioso para la sociedad y familiares que dependen o viven con el paciente, además de tenerse la experiencia de que estos trastornos cursan con posibilidad de agravamiento, suicidio, y son susceptible de tratamiento. Este privilegio de la sociedad de diagnosticar a sus miembros no debe tomarse automáticamente como un derecho a intervenir en la vida de las personas sin su consentimiento, al menos que se considere un peligro grave para el sujeto y/o la comunidad; el respeto a la autonomía y dignidad humana son valores prevalentes en la práctica médica.

Se presentan también casos de desordenes mentales en el que el juicio valorativo comunitario se basa primariamente en el daño que el sujeto causa a los demás para determinar un desorden mental, como puede ser la situación de la pedofilia y de la personalidad antisocial, en los que el impedimento y aflicción personal del sujeto puede ser mínima, incluso se puede considerar ausente en algunas instancias. En estos casos se plantea el problema de distinguir lo patológico de lo criminal y de la conducta aberrante negativa (guerrilleros, terroristas, etc.). El elemento que los distinguiría sería la alteración psicológica, conductual o biológica, y la aflicción personal y la incapacidad significativa que exige el DSM IV para asignar el diagnóstico de desorden mental. Pero como no existen índices biológicos, y las alteraciones psicológico/conductuales mandadas, pecan de ser circulares, lo único que queda en pie para establecer la diferencia, es la incapacidad social requerida por el DSM IV, que no estaría presente en las conductas sociales aberrantes no patológicas (aunque el rol social puede estar alterado y puede haber ansiedad y tensión secundaria), y que también pueden faltar en la pedofilia y la personalidad antisocial. Este tipo de trastorno mental ejemplifica lo señalado anteriormente, la comunidad piensa que estos comportamientos tan dañinos e insólitos tienen que ser debidos a un trastorno de carácter médico. De cualquier modo, los valores y normas sociales juegan un papel preponderante en la catalogación de estas conductas como desordenes mentales.

También hay otros casos incluidos en los desordenes mentales en los que no se presenta, ni impedimento ni daño personal ni a terceros; el juicio de la comunidad se basa en una concepción aceptada de comportamiento 'normal', para designar como desorden mental la conducta que no corresponde a este patrón; como ejemplo tenemos algunas parafilias (30), que se escapan de la concepción 'normal' de la expresión de la sexualidad humana, y que no producen ni daño personal ni ajeno, y cuando estas expresiones sexuales diferentes se realizan con otras personas, son acciones consensuadas. Aquí se establece el diagnóstico de desorden mental en base a una variación de una concepción específica de la conducta humana aceptada por la comunidad como 'normal', con el criterio agregado de perturbación en el funcionamiento personal y social, que no siempre es intrínseco, sino provocado por la presión social. Otro

interesante, y bullado ejemplo, fue la situación de la homosexualidad, que en un momento se consideró un desorden mental, y luego, con el cambio de valoración cultural –concepción de la expresión normal de la sexualidad humana--, se eliminó de la lista de desordenes mentales. Esta modalidad de diagnósticos de desorden mental básicamente dependiente de una concepción cultural de la ‘normalidad’ sexual (no definida en los manuales), además de imprecisa, coloca a la psiquiatría en un plano de acción y poder social que no tiene en rigor una ‘justificación médica’, ya que no hay aflicción ni daño personal o ajeno, ni tampoco hay una alteración ‘objetiva’ estructural/funcional –física o mental -- demostrable (y que no sea circular) que explique la conducta del individuo. Esta manera de calificar un desorden mental es de difícil justificación y es particularmente peligrosa, porque de este modo se podría justificar la inclusión de cualquier conducta que la sociedad considera en algún momento como aberrante, o desviada, o negativa; por desgracia no faltan los ejemplos en este sentido, basta recordar el uso de diagnósticos psiquiátricos por regímenes totalitarios, para destruir o recluir a disidentes políticos.

El hecho que las conductas mencionadas en los párrafos anteriores sean catalogadas como desordenes mentales, no significa que estén exentas de responsabilidad moral y legal. Un diagnóstico de desorden mental no excusa necesariamente la conducta criminal, ni la inmoralidad de una persona.

Desorden mental y construccionismo social

Después de constatar las borrosas fronteras del concepto de desorden mental, la influencia fundamental que juegan las intuiciones y juicios de valores en su identificación, y la falta de índices ‘objetivos’ biológicos o mentales, resulta muy tentador calificar este concepto como artificial y contingente, una narrativa construida por la comunidad en respuesta al dinamismo de intereses económicos, políticos e ideológicos de la sociedad. Sin embargo, debemos ser cuidadosos y comenzar por reconocer que la mayoría de los desordenes mentales se refieren a una experiencia vivida de limitación, aflicción, daño, una vivencia auténtica que no se puede descartar como una mera construcción antojadiza de la sociedad.

Sin duda la noción de desorden mental es elaborada por la comunidad, por los expertos que observan y estudian esos impedimentos y aflicciones que afectan primariamente la vida mental y conducta de la gente. Estas dolencias son de variados tipos, desde estados de expresión emocional distorsionada hasta los que envuelven extrañas manifestaciones mentales; es claramente un grupo heterogéneo. Pero esto no significa que sea una narrativa arbitraria, construida sin referencia alguna a una situación válida como son las vivencias básicas a las que se refieren los desordenes mentales particulares; evidentemente la visión de la psiquiatría de estas vivencias es una perspectiva, y claro pueden haber otras, como: literarias, poéticas, legales, morales, etc., pero la perspectiva psiquiátrica es válida, fundamentada, y realizada con el fin de ayudar, no de dominar, manipular o anular a los que la padecen.

Como hemos visto, no todos los desordenes mentales presentan una situación de impedimento y aflicción. Los cuadros maniacos son un ejemplo típico, en estos casos la comunidad asigna el diagnóstico en ausencia de dolencias y sufrimiento personal, pero no se trata de un diagnóstico arbitrario, este diagnóstico está basado en la observación de una conducta que la experiencia clínica y los estudios controlados indican – en el ejemplo utilizado -- un cuadro que cursa con empeoramiento sintomático, deterioro funcional, riesgo de suicidio y de posibles fases depresivas, y es susceptible de tratamiento efectivo. Hay que recordar además que las familias, y también la comunidad pueden sufrir por la conducta de estos enfermos, hay si se quiere, un

daño indirecto en esta conducta. No se puede en rigor hablar de un fenómeno constructivista que obedece a intereses ideológicos, políticos o económicos.

En aquellos desordenes mentales que no presentan aflicción ni impedimento personal, pero que causan daño a los demás (pedofilia, personalidad antisocial, etc.) hay una situación de daño vivida socialmente, en una situación de acción interpersonal auténtica y 'objetiva'. Tanto este tipo de desorden mental, como en los descritos en el párrafo anterior, están involucrados juicios de valores de situaciones vividas; no se trata de meras construcciones arbitrarias, sin referencia a situaciones concretas de daño.

El área más controvertida y debatida a este respecto la constituyen algunos desordenes mentales que no consultan ni aflicción, ni daño personal o ajeno, para sostenerse como tales; como hemos visto, lo ilustran algunos casos de parafilia y la pasada situación de la homosexualidad (adultos en consenso mutuo), en las que la aflicción y perturbaciones sociales son más bien reactivas a la respuesta social. Esta manera de sustentar el carácter de desorden mental, constituye una forma débil de fundamentar la definición, y abre paso a la crítica constructivista.

Dicho esto se debe reconocer que las interacciones sociales juegan un papel importante en la presentación y determinación de los desordenes mentales, y no puede ser de otra manera puesto que éstos son aflicciones y problemas que se presentan fundamentalmente en el ámbito psicológico, fuertemente condicionados por el contacto social, tanto con el medio general, como en la interacciones con los profesionales de la salud mental. Un caso interesante a este respecto lo constituye el "desorden de identidad disociada" (Personalidad múltiple), en el que la actitud del terapeuta influye particularmente en las manifestaciones del cuadro. Pero este no es un fenómeno exclusivo de algunos desordenes mentales, sino que se observa en todas las áreas de la medicina, en unas más, en otras menos; el ser humano es una unidad viviente de cuerpo y mente en sensible relación con su ambiente.

Los valores que intervienen en las definiciones de los desordenes mentales son básicamente los de aflicción y daño personal y para los demás, y son valores tan elementales y firmes en la estructura ética de nuestra civilización que garantiza su estabilidad. Hay que reconocer que puede haber modulaciones en la concreción de la aplicación de estos valores de acuerdo a la dinámica inevitable de la cultura, pero también hay que reconocer que todo conocimiento, incluyendo el de la 'naturaleza', está sujeto a variaciones y cambios de perspectivas, sin que se hable de contingencia, ni de arbitrariedades.

Se puede argüir que elementos culturales ajenos al procedimiento científico intervienen en el diseño de los desórdenes mentales en la forma de juicios de valores, y por tanto una forma de constructivismo participa en este proceso, si entendemos por constructivismo la concurrencia de factores socio-culturales en la actividad intelectual. Sin embargo, como ya se ha mencionado, no se puede sostener que la concepción de desordenes mentales es arbitraria y contingente con poco o nada de sustento en la 'realidad del mundo'. En los desordenes mentales "la realidad del mundo" radica en la esfera de lo personal/interpersonal, observada y vivida, y que es auténticamente genuina, válida y radical para los seres humanos. Hay que recordar que es en la vida como experiencia primaria donde se da constitutivamente el ámbito interpersonal, y se explica y comprende la 'otredad' ('mundo') del hombre; "la realidad del mundo" aparece en la vida humana, no hay una realidad del mundo que no dependa del entendimiento del hombre. De modo que tildar a los desordenes mentales de un constructivismo en sentido superficial como construcciones ideológicas e interesadas no es legítimo, y si se piensa en un constructivismo más constitutivo y fundamental, este se debe elaborar claramente para distinguirlo de lo arbitrario e impuesto por los intereses sociales. La polémica en torno al constructivismo parece ser una contienda filosófica planteada en defensa del realismo –un

mundo “externo” que el hombre conoce como tal --, de un realismo ingenuo pensado como absoluto. Todo lo que se tiñe con influencia de la cultura se considera impregnado de constructivismo, y se piensa que la ciencia --fundamentalmente la de la naturaleza físico-química -- es libre de estas influencias. Esta pretensión olvida que los intereses de la ciencia, y el proceso científico mismo, son empresas humanas, pero aún más, olvida que todo conocimiento humano es producto cognitivo del hombre en su interacción con su “otredad” (“mundo”).

Pero no es necesario sumergirse en profundidades filosóficas para descalificar el constructivismo que intenta catalogar la acción de los hombres como mero reflejo social; basta tener presente la visión actual de la conducta humana como producto de una compleja interacción de factores genéticos y ambiente. La separación entre ambas es artificial.

Resistencia a la noción de desorden mental

El campo de imprecisión que se extiende entre desorden mental y lo que se considera claramente como enfermedad y lo que se estima como estados o reacciones no médicas, genera en la práctica clínica situaciones confusas y polémicas, y además se puede prestar para abusos diversos.

No es de extrañar que planteado el concepto y definición de desorden mental de manera imprecisa, abierta a errores y posibles abusos, genere resistencias en algunos sectores de la sociedad; piénsese concretamente en el movimiento antipsiquiatría. En sus versiones más extremas se llega a rechazar completamente el concepto de desorden mental y el de enfermedad mental como meros constructos sociales que sirven fines de poder económico o político (31, 32). La psiquiatría oficial ha reaccionado ante estas acusaciones enfatizando que los términos de desorden mental y enfermedad mental encuentran su fuerza y significado más allá de la mera descripción de la conducta y del juicio de valores envuelto, esto es, en alteraciones estructurales o funcionales del sistema mental (cerebro-mente), y concurrentemente, incapacidad social. Desgraciadamente, como hemos repetido, las alteraciones no son fáciles de determinar en forma clara y objetiva en la mayoría de los desordenes mentales específicos, y permanecen como hipótesis a demostrar concretamente, de modo que no se pueden utilizar como un argumento sólido contra las críticas de la antipsiquiatría que adopta un modelo somático-funcional de la enfermedad. Pero este modelo es mecanicista y reduccionista, no apto para la comprensión de los desordenes mentales, fenómenos humanos de múltiples dimensiones.

Las críticas de la antipsiquiatría menos radicales no niegan los fenómenos a los que se refieren los desordenes mentales, pero cuestionan que sean de la incumbencia de la medicina. En este sentido se debe puntualizar, que la psicología y conducta humana son la resultante de múltiples influencias, una de las cuales es el sustrato biológico que invariablemente está participando activamente en la expresión de estos trastornos, máxime si consideramos que una vez instalados causan aflicción e impedimento personal y también a menudo, limitación social. La participación del sustrato biológico, aunque no concretizado todavía, es susceptible de intervenciones y modificaciones para el manejo de los diversos desordenes mentales. Quede claro, que no se trata de la única modalidad de intervención, pero está ahí y con ello entra en el campo médico.

Conclusión

La noción de desorden mental descansa en una descripción de manifestaciones psíquicas y conductuales consideradas negativas en cuanto implican: daño, limitación para el sujeto que las presenta y/o para los que lo rodean. La definición del DSM IV intenta distinguir lo considerado normal de lo anormal patológico con el requerimiento de alteraciones psíquicas, conductuales o biológicas intrínsecas en los individuos. Pero no tenemos alteraciones biológicas demostrables, y las alteraciones psíquicas/conductuales propuestas como disfunciones básicas son, en buenas cuentas, la expresión manifiesta del desorden mental: una circularidad. Los esfuerzos conceptuales realizados para distinguir lo normal/anormal de la psicología y conducta humana desde un punto de vista objetivo y científico no han sido fructíferos, y como consecuencia, se ha hecho más evidente el papel determinante que juegan las intuiciones y valores en lo que se considera normal y anormal.

La falta de índices biológicos y de disfunciones psicológicas y conductuales objetivas deja las definiciones de los desordenes mentales reducidas primariamente a la mera descripción de síntomas y signos, una presentación 'ateórica'. Esta nomenclatura ha evitado intencionalmente las elaboraciones (y especulaciones) etiopatogénicas teóricas, para ofrecer una 'fenomenología estadística', que si bien es cierto ha ordenado la patología, y ha ayudado a la investigación clínica, no ha aportado guías concretas para las intervenciones terapéuticas. También hay que mencionar que las tablas diagnósticas están descontextualizadas, por lo que es fácil confundir cuadros reactivos considerados 'normales' con estados más serios y persistentes, desconectados de la influencia ambiental; la incorporación de los Axis biopsicosociales en el manual diagnóstico, intenta minimizar este problema. Las críticas y objeciones al DSM IV es larga y variada, pero su revisión escapa al propósito de este trabajo. Es necesario y penoso tener que reconocer además, que por la falta de parámetros objetivos para determinar los desordenes mentales, la elaboración de los DSMs por los organismos encargados, ha sufrido de influencias de grupos de interés, y ha caído en compromisos 'profesionales' que han desprestigiado el proceso de elaboración de la nosología, y han proyectado una imagen distorsionada y adulterada de la genuina necesidad de ordenar seriamente el campo psiquiátrico; una situación muy deplorable.

Por las razones apuntadas, se ha criticado acerbamente este esfuerzo nosológico tildándolo de clasificación de diccionario, de fenomenología esquelética y exangüe, de producto de 'politiquerías' interesadas, olvidando los beneficios que ha traído, ya que se debe aceptar que se ha puesto orden en esta materia, en donde reinaba un caos conceptual del que muchos se han olvidado, se han impulsado las investigaciones etiopatogénicas y clínicas, y se ha hecho claro que cualquier avance en este terreno ha de ser realizado con claridad conceptual e información empírica, para aportar una perspectiva útil en el entendimiento de los fenómenos psicopatológicos y en su manejo terapéutico.

Al constatar que no existen *condiciones necesarias*, cuyo conjunto sea suficiente para formular un diagnóstico certero de desorden mental, y que como consecuencia se presenta la incómoda situación de imprecisión, con dependencia en intuiciones y juicios de valores de daño y perjuicio personal y ajeno, se comprende que sea fácil caer en el pesimismo y la resignación nosológica. Pero, esperar lograr definiciones en psiquiatría con una nitidez de tipo geométrico, es simplemente olvidar que se trata de situaciones humanas, generadas en un cuerpo vivo y pensante, imposibles de presentar con precisión matemática. La psiquiatría enfrenta, no una coyuntura desbastadora, sino un desafío para generar conceptos y actitudes adecuadas en el abordaje de los fenómenos que trata, una crisis que tal vez pudiera ser un adelanto de una situación más amplia que afecta a la medicina clínica en su totalidad.

Los desordenes mentales podrían concebirse más bien como categorías prácticas, posibles de definir y clasificar de distintos puntos de vista con propósitos diferentes (por ej.: investigación biológica y abordaje clínico). Esto no significa caer en la arbitrariedad irresponsable, sino flexibilidad y pluralismo en la comprensión de estos fenómenos humanos, reconociendo la participación ineludible de criterios intuitivos y valorativos en su conceptualización y en su manejo, y muy importantemente, teniendo siempre presente la meta de la disciplina: la recuperación de la salud; valor central de toda actividad médica. (33, 34) Nótese que se trataría de una participación ineludible de intuiciones, normas culturales y valores para perfilar los desordenes mentales, pero en modo alguno exclusividad. Las observaciones controladas y las investigaciones biológicas, psicológicas y socioculturales, constituyen factores fundamentales para poder avanzar en la comprensión y definición de estos trastornos.

Proponer las definiciones de desordenes mentales como categorías prácticas con objetivos diversos y explícitos, significa abandonar el 'esencialismo' que inspira la medicina física, y que ha seguido la psiquiatría -- al menos como una aspiración --, con lo que se significa la búsqueda de una base estable y tangible de la enfermedad: la enfermedad como una entidad real. El DSM IV al establecer categorías diagnósticas tiende al esencialismo, pero con el uso de definiciones operacionales y polítéticas, y utilización de métodos estadísticos con sus inevitables cortes arbitrarios, cae un tanto en el terreno del nominalismo, con lo que se indica que la elaboración de la nomenclatura sigue el interés y propósitos del evaluador. El nominalismo no intenta captar 'realidades universales' independientes y perfectamente definibles. Los términos filosóficos, esencialismo y nominalismo, tienen una historia de siglos y una gran variedad de matices en su significado, y naturalmente están ligados a una concepción metafísica, por lo que es aconsejable tomarlos en una forma genérica, como la indicada. En psiquiatría se trabaja con fenómenos humanos, por lo que el esencialismo (pensado como intento de lograr captar realidades fijas y objetivas) resulta difícil imaginar que pueda coger la complejidad y dinamismo que se encuentra en los desordenes mentales. La idea de usar 'prototipos' sintomáticos de diversos individuos con diferentes perspectivas y propósitos, parece más apropiada a la situación de la psiquiatría, y esto corresponde más bien a una concepción nominalista tradicional (los prototipos vienen a ser un tipo de definición intermedia entre categorial y dimensional).

Muchos autores se inclinan cada vez más al pragmatismo responsable en la comprensión de los desordenes mentales, un pragmatismo que respeta, estimula y utiliza los hallazgos científicos, y que se dirige a un entendimiento conceptualmente coherente pero flexible y pluralista de un material tan diverso y variado. (16:174) El pluralismo y el pragmatismo en psiquiatría – que se reflejaría en la nosología – puede generar dificultades al fragmentar el campo de la profesión. Se corre el riesgo de volver a encontrarnos con una multitud de teorías etiopatogénicas y diferentes acercamientos terapéuticos, y con el peligro de caer en dogmatismos y modas intelectuales del momento. Los intentos por encontrar una integración de lo biospiciosocial que caracteriza a la psiquiatría, terminan a menudo, centrando la unidad en lo cerebral, filtrándose un reduccionismo biológico que se ha condenado y se quiere evitar. (34:457-469) De modo que por un lado, el material clínico de la psiquiatría exige un acercamiento pluralista, con métodos bien diseñados y replicables, pero por otro lado, también es deseable y necesario una integración inteligible y coherente para evitar el caos etiopatogénico y terapéutico. La verdad es que esta integración no se ha realizado aún y, tal vez, ni siquiera sea posible lograrla en forma satisfactoria, y no quede más remedio que aceptar la pluralidad controlando los desvíos con la exigencia de uso de métodos fidedignos en los estudios, teorías coherentes con supuestos compatibles y abiertas a la integración, y, sobre todo, con definitiva demostración controlada de los beneficios terapéuticos, que es la meta primordial de la especialidad.

La psiquiatría es una disciplina que no cuenta con una estructura etiopatogénica aceptada que respalde y justifique síntomas y signos de las enfermedades como sucede en la medicina física,

solo le queda el cuadro clínico manifiesto de los desordenes mentales en las poblaciones afectadas. De ahí se comprende la importancia que cobra un manual oficial que intenta definir y clasificar en forma general este campo en el que opera la disciplina, además de las definiciones y clasificaciones realizadas para fines específicos. No se trata ésta de una opción antojadiza, sino de una inevitable necesidad para sostener una visión común y ordenada del terreno en que se realiza la actividad y el estudio de la psiquiatría. El mismo DSM IV Guidebook señala los beneficios del manual si se entiende adecuadamente respetando sus limitaciones, este ofrece un modo sucinto para favorecer la comunicación y estructurar la investigación, la educación y la clínica. Como hemos visto, la elaboración de clasificaciones de desordenes mentales es una empresa ardua, la naturaleza misma del material psiquiátrico no permite lograr definiciones que resulten completamente satisfactorias para todos los usuarios y para los analistas conceptuales. Pero, aun con sus limitaciones, no se puede evitar una visión genérica, particularmente cuando el pluralismo pragmático en el abordaje clínico y en la investigación va cobrando popularidad. Naturalmente, dada la imperfección ineludible de una nomenclatura general de los desordenes mentales, de momento fundamentalmente descriptiva, continuará siendo blanco de críticas diversas, y, permanecerá el riesgo de ser secuestrada para fines ideológicos partidistas, como ha sido el caso de los DMSs que se acusan de haber favorecido e impulsado el reduccionismo biológico y el uso excesivo e inapropiado de psicofármacos. Es de esperar sin embargo, que un abordaje pluralista y flexible con la exigencia de uso de métodos idóneos y de presentación de resultados demostrables, pueda contener el mal uso de la nomenclatura y contribuir a su mejoramiento.

El uso de psicofármacos es de utilidad en el manejo clínico de muchos desordenes mentales, en algunos casos en forma prolongada, en otros en forma esporádica según necesidad, por esta razón, y por el potencial avance en los hallazgos de las neurociencias que faciliten el entendimiento de los correlatos neurofisiológicos de los desordenes mentales mejorando su definición y manejo, pienso que estos cuadros pertenecen primariamente al campo de la psiquiatría. No a una psiquiatría que solo entiende la patología como un producto exclusivo de lo que denominamos soma y sus funciones, sino una disciplina que tiene presente e integra en sus concepciones la totalidad de la vida humana. Obviamente es perentorio evitar el incremento innecesario de diagnósticos psiquiátricos, y refrenar la tendencia a 'medicalizar' situaciones humanas mejor entendidas desde otros puntos de vista (psicológico, legal, moral, etc). No es necesario anotar que seguirán surgiendo muchos casos fronterizos, en la que esta decisión no será fácil; solo queda recomendar, análisis concienzudo y objetivo, prudencia, respeto a las personas, y muy importante, proceder con rectitud y fortaleza para evitar la presión indebida de grupos de interés.

La dinámica establecida de lo estrictamente biológico -- en concurso con la totalidad del organismo --, con influencias psico-sociales, incluyendo la historia personal y los aspectos culturales, en una interrelación no lineal y recursiva, modela la expresión de los desordenes mentales. (3) No es de extrañar entonces, las dificultades en identificar en esta complejidad de fenómenos, patrones clínicos, sintomáticos, evolutivos y de pronóstico. Esta tarea es sin duda una ingente empresa, que necesariamente requiere una base empírica sólida, un pensamiento conceptual y analítico claro, y revisiones periódicas realizadas con un espíritu amplio que evite reduccionismos dogmáticos, y esté abierto al aporte de numerosas disciplinas.

La historia de los DSMs (ICDs) está en proceso, y por lo que se puede prever, obviamente no terminará con la publicación del DSM 5 (ICD-11), los desordenes mentales simplemente no son fáciles de definir y sus fronteras inevitablemente son borrosas, tanto en la dirección de la medicina física, como en la dirección de las crisis existenciales y conductas aberrantes consideradas normales por la comunidad. Controversia, debate y revisión, son inherentes a la noción de desorden mental.

Referencias

1. Frances A, First MB, Pincus HA (1995). DSM-IV Guidebook. American Psychiatric Press. Washington, DC.
2. Pies, Ronald, Thoimmi Sairah, Ghaemi, Nassir (2011). Getting it From Both Sides: Foundational and Antifoundational Critiques of Psychiatry. *Psychiatric Times*, July 1st V. 28, No. 7
<http://www.searchmedica.com/resource.html?rurl=http%3A%2F%2Fwww.psychiatrictimes.com%2Fdisplay%2Farticle%2F10168%2F1895157&q=Ronald+Pies&c=ps&ss=psychTimesLink&p=Convera&fr=true&ds=0&srld=1>
3. Kendler, Kenneth (2008). Explanatory Models for Psychiatric Illness. *Am J Psychiatry* 165:6, June 2008.
4. Mental Illness. Stanford Encyclopedia of Philosophy. <http://plato.stanford.edu/entries/mental-illness/>
5. Brülde, Bengt (2010). On defining “mental disorder”: Purposes and conditions of adequacy. *Theor Med Bioeth*, 31) <http://philpapers.org/rec/BRLODM/>
6. The Free Dictionary by Farlex: <http://www.thefreedictionary.com/mental+health>
7. Answers.com//<http://www.answers.com/topic/mental-health>
8. Wikipedia: <http://en.wikipedia>. Second Commentary on “Aristotle’s Function Argument. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 7:3-16
9. World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
10. Wakefield, Jerome C (2009). Disability and diagnosis: should role impairment be eliminated from DSM/ICD diagnostic criteria? *World Psychiatry*; 8(2). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691166/>
11. A conceptual framework for the revision of the IVD-10 classification of mental and behavioural disorders. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*. 2011 June; 10(2).
12. Maj, Mario (2011). Psychiatric diagnosis pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry*, 10(2).
13. Brülde, Bengt (2003). The Concept of Mental Disorder. *Philosophical Communications, Web Series*. No. 29, Dept of Philosophy, Göteborg University, Sweden. <http://www.phil.gu.se/posters/disorder.pdf>
14. Brülde, Bengt (2007). El concepto híbrido de trastorno mental de Wakefield. *World Psychiatry (Ed. Esp)*. http://www.sonepsyn.cl/pdf/WP_Spanish_December_07.pdf/
15. Ghaemi, Nassir (2010). Imagining a new DSM. Blog: Mood Swing. <http://www.psychologytoday.com/blog/mood-swings/201008/imagining-new-dsm/>
16. Ghaemi, Nassir S (2007). *The Concepts of Psychiatry*. The Johns Hopkins University Press.
17. Krueger, Robert F & Bezdjian, Serena (2009). Enhancing research of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM V and ICD-11. *World Psychiatry*; 8(1).
18. McCrae, RR (2004). Human nature and culture: a trait perspective. *J Res Pers*, 38.
19. Bolton Derek (2008). *What is Mental Disorder? An Essay in Philosophy, Science and Values*. New York, Oxford University Press.
20. Varga, Somogy (2011). Defining mental disorder. Exploring the ‘natural functioning’ approach. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6:1
21. Woolfolk, Robert L (2011). Malfunction and Mental Illness. <http://rucss.rutgers.edu/ArchiveFolder/sassstich/WoolfolkMMI.html>
22. Ruiz Rey, Fernando (2008). Teoría de la evolución darwiniana: Una hipótesis en receso. V *Evolución cultural: Teoría de herencia dual y teoría memética*. *Revista Psiquiatria com*. 2008, 12 (3) http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/historia/39026/
23. Wakefield, JC (1992) *The Concept of Mental Disorder. On the Boundary Between Biological Facts and Social Values*. *American Psychologist*, 47.

24. Ruiz Rey, Fernando (2008). Teoría de la evolución darwiniana: Una hipótesis en receso. VII Psiquiatría evolucionaria. *Revista Psiquiatria.com*. 2008, 12(3):
http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/historia/39028/
25. Wakefield JC (2000). Aristotle as Sociobiologist. The “Function of a Human Being” Argument, Black Box Essentialism, and the Concept of Mental Disorder. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 7.
26. Jablensky, Assen (2007) ¿Necesita la Psiquiatría un concepto unitario de “trastorno mental”? *World Psychiatry* (Ed. Esp). http://www.sonepsyn.cl/pdf/WP_Spanish_December_07.pdf/
27. Wakefield, Jerome C (2007). El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción prejudicial. *World Psychiatry* (Ed. Esp) http://www.sonepsyn.cl/pdf/WP_Spanish_December_07.pdf/
28. Cummins, J (1975). Functional Analysis. *The Journal of Philosophy*, 72.
29. Walsh, D & Ariew, A (1996). A Taxonomy of Functions. *Canadian Journal of Philosophy of Science*, 47.
30. Moser, Charles & Kleinplatz, Pegg J (2004). El DSM IV y las parafilias: un argumento para su retirada. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, No. 19:31-56. También en: <http://www2.hu-berlin.de/sexology/BIB/DSM.htm/>
31. Szasz, Thomas (1961). *The Myth of Mental Illness*. New York, Harper and Row, 1961.
32. Szasz, Thomas (2000). Second Commentary on “Aristotle’s Function Argument. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 7:3-16
33. Ghaemi, Nassir S (2007). *The Concepts of Psychiatry*. The Johns Hopkins University Press.
34. Sadler, John (2005). *Values and Psychiatric Diagnosis*. Oxford University Press.



Cite este artículo de la siguiente forma (estilo de Vancouver):

Ruiz Rey F. Concepto de Desorden Mental: Imprecisión y dificultades. Psiquiatria.com [Internet]. 2011 [citado 01 Feb 2012];15:76. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/5229>