



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



EDITORIAL

Psiquiatría y sus objetos

Psychiatry and its objects

Germán E. Berríos

Robinson College, Universidad de Cambridge, Reino Unido

Todas las disciplinas, ya sean naturales, sociales o bellas artes, se relacionan con un objeto que consideran específicamente propio. El hecho de que los objetos de algunas disciplinas (p.ej., la zoología o la botánica) sean más fáciles de reconocer que los de otras (p.ej., la antropología social o la historia del arte) se suele explicar aseverando que los primeros son ontológicamente independientes. En la actualidad, existe una tendencia a colocar los objetos de la psiquiatría en esta categoría. De hecho, los trabajos sobre la filosofía de la psiquiatría tienden a sustentar la idea de que las enfermedades mentales son clases naturales¹, pero esta postura justificativa tiene poca utilidad para la psiquiatría². En este editorial se analiza la cuestión de los objetos mentales, como los síntomas y los trastornos, y se propone que no son ni físicos (como las flores o los tumores cerebrales), ni abstractos (como las virtudes o los símbolos), sino que su naturaleza es híbrida. La pregunta «¿qué clase de cosas son los trastornos psiquiátricos?» parece bastante inocente³. Sin embargo, un somero análisis demuestra que la respuesta depende de la existencia de una definición operativa de «trastorno psiquiátrico», lo que claramente conlleva cierto «contrabando» conceptual y probablemente conduzca a decantarse por la cuarta entre las siguientes alternativas: «esencialista», «constructivista», «pragmática» y «mecanicista»; racimo mecánico de propiedades (en inglés «*property cluster kinds*»). Un análisis más detallado muestra que la opción elegida no es realmente la caracterización de una «cosa» (objeto), sino la descripción de un supuesto mecanismo epistemológico para conferir validez a la psiquiatría biológica.

Correo electrónico: geb11@cam.ac.uk

Los objetos de la psiquiatría

Para abordar la pregunta anterior de un modo justo, el análisis se debe iniciar en el nacimiento mismo del río epistemológico. La historia demuestra que los «objetos» de la psiquiatría no se pueden estudiar de forma independiente de los «sistemas de descripción, explicación y gestión» (SDEG) que se utilizan para expresarlos en primera instancia⁴. Los SDEG nombran los conjuntos organizados de respuestas y representaciones emocionales, cognitivas y ejecutivas que las distintas sociedades formulan para manejar a aquellos miembros que, de forma consensuada, se consideran diferentes, problemáticos, locos, desviados, etc. Los SDEG han formado parte de la práctica social de la gran mayoría de grupos humanos. En los libros de texto de psiquiatría actuales podemos hallar el SDEG que rige nuestro propio punto de vista respecto a los «trastornos mentales».

Si damos por cierto que los objetos de la psiquiatría no se pueden concebir independientemente de los SDEG que los articulan, se debe concluir que son «relacionales» por definición, y se modificarán *pari passu* con los cambios en los SDEG. Este punto de vista abre interesantes posibilidades explicativas, de las que la más importante es que, para explicar la formación de los objetos psiquiátricos, se pueden diseñar modelos que no tengan aspiraciones transhistóricas o transculturales.

La psiquiatría como una disciplina híbrida

La psiquiatría puede definirse como una disciplina teórica y práctica cuya estructura epistemológica está a caballo entre las ciencias naturales y las humanidades. Este carácter híbrido es un legado de las fuerzas epistemológicas que operaron en la construcción del alienismo durante el siglo XIX.

Se esperaba de los alienistas que hallasen las «causas» de la locura y que, además, la «comprendiesen». El alienismo logró cumplir de modo aceptable la primera expectativa mediante la adopción del modelo anatómico-clínico de la enfermedad que predominaba en la medicina del siglo XIX. La segunda tarea, sin embargo, resultó mucho más difícil de llevar a cabo y acabó por ser un esfuerzo fallido⁵, porque a los alienistas en ejercicio les resultó difícil incorporar en su marco conceptual (médico) las tendencias hermenéuticas e historicistas que se estaban desarrollando en la Europa de la época. Eran las mismas tendencias que, al centrarse en la subjetividad y la intersubjetividad, suministraron las preguntas en torno a las que se han organizado las humanidades modernas.

En general, a los alienistas les resultó más cómodo hacer hincapié en el modelo anatómico-clínico y hasta principios del siglo XX, el único esfuerzo hermenéutico fue realizado por Freud. Esto creó en la psiquiatría una tensión conceptual que aún no se ha resuelto. Los debates ocasionales sobre un modelo «biopsicosocial» no han llevado a ninguna parte, ya que solo pueden ofrecer una solución verbal⁶. La única solución es desarrollar un modelo sobre la formación de síntomas mentales que combine los componentes biológicos y semánticos.

Formación de síntomas mentales como objetos híbridos

De acuerdo con el modelo de Cambridge, existen al menos cuatro vías para la formación de síntomas⁷. Aquí solo describiremos la vía (a). La mayoría de los síntomas mentales comienzan como señales cerebrales que resultan en una malfunción de vías, sitios, etc. y que al penetrar en la conciencia dan lugar a proto-experiencias que a menudo se experimentan por primera vez. Para hacer hincapié en la incoada naturaleza pre-lingüística de estas experiencias se les ha denominado «caldo primordial» (CP). Las personas afectadas pueden buscar la comunicación de su experiencia, pero puesto que la comunicación se basa en el significado, estas proto-experiencias primero deben configurarse. Y el individuo afectado hace eso por medio de configuradores personales, familiares, sociales y culturales. En este sentido, el manejo cognitivo del CP no es diferente del de cualquier otra señal. No obstante, la información entrante ordinaria resulta fácil de configurar porque los sujetos poseen una serie de plantillas emocionales y cognitivas adquiridas a través del desarrollo y de la educación. Sin embargo, no existen tales plantillas para configurar proto-experiencias nuevas. Por esta razón, los sujetos primero responden a ellas con perplejidad y emocionalidad. En ocasiones, el sujeto logra configurar el CP, a menudo con la ayuda de un médico, y puede transmitirla en la forma de una verbalización. Esto constituye el «síntoma mental» tal y como aparece en las notas del caso.

La configuración semántica/cultural de la señal cerebral puede ser tan profunda que el contenido final de los síntomas mentales no refleje la especificidad neuropsicológica de su origen. Por ejemplo, el hecho de que un sujeto verbalice un síntoma con contenido «perceptual» («oir» voces o «ver» gente) no quiere decir que la señal original se originase en las regiones cerebrales de la percepción. Esto se debe a que

la «misma» señal cerebral puede configurarse como diferentes tipos de síntomas mentales, y diferentes señales pueden configurarse como el «mismo» síntoma. Con mucha frecuencia, es difícil para el individuo decidir si su CP consiste en una imagen o en una idea (como ocurre durante el sueño), y la comunicación final de la proto-experiencia como alucinación o como idea delirante dependerá más de la configuración cognitiva o emocional que de la señal cerebral en sí. Del mismo modo, los estados internos desagradables podrían ser interpretados por algunos pacientes como «depresión» mientras que otros los describen como «ansiedad», «fatiga» o «dolor». Es importante recordar que los paradigmas actuales de investigación conciben los síntomas mentales como una cartografía de sitios específicos del cerebro en los que se establece una correspondencia unívoca y por lo tanto, no pueden hacer frente a estas reconfiguraciones culturales.

En este editorial se propone que la combinación especial de señales biológicas y configuradores culturales dan lugar a un nuevo tipo de objeto que debería denominarse objeto híbrido. La psiquiatría no es la única disciplina capaz de construir tales objetos; por ejemplo, la historia del arte, la geografía, y la psicología también lo hacen. Los «objetos híbridos» incluyen componentes tanto del mundo natural como del social. La proporción que contribuye cada componente (en relación con cada uno de los síntomas mentales conocidos) y la forma en que interaccionan requieren más investigación. Es evidente que las necesidades de clasificación de los objetos híbridos y la forma en que se relacionan con el cerebro también difieren de los objetos físicos y abstractos.

Los objetos híbridos no deben considerarse una mera «combinación» de objetos físicos y abstractos, porque proceden de la acción configurativa de seres humanos y por lo tanto, están imbuidos de la fuerza emocional, volitiva y cognitiva generada por las personas al enfrentarse a una experiencia (el caldo primordial) compleja y (a menudo) desconcertante. Como respuestas dinámicas, los objetos híbridos están totalmente en consonancia con la personalidad y el estado mental. Son expresión de la forma en que las creencias, los códigos culturales y la visión del mundo se entrelazan como respuesta a una experiencia extraña.

La inscripción en el cerebro de los objetos híbridos (síntomas mentales)

La naturaleza *sui generis* de los objetos híbridos plantea la cuestión de cómo se relacionan con el cerebro ya que muchos consideran los trastornos psiquiátricos como la expresión de patologías que afectan a este órgano. Sorprendentemente, no existe demasiada investigación sobre modelos teóricos que de cuenta de la inscripción específica de los síntomas mentales en el cerebro. Posiblemente se deba a que se considera demostrado el supuesto del siglo XIX de que todos los actos mentales se inscriben principalmente en el cerebro, y se piensa que esta cuestión es empírica más que conceptual⁸.

En este editorial «localización» se entiende como «el proceso de fijar, o el hecho de estar fijado, en alguna parte u órgano del cuerpo» (Diccionario de Oxford); «representación»: «algún tipo de imagen, símil o reproducción de una cosa» (Diccionario de Oxford), e «inscripción»:

«una marca en un órgano o parte producida por otro en contacto con él, especialmente una marca en la parte carnosa de un músculo donde se cruza con un tendón» (Diccionario de Oxford). Las frases «representación cerebral» e «inscripción cerebral» (en lugar de localización cerebral) se utilizan para referirse a cualquiera de los modos en que los actos mentales pueden estar relacionados con el cerebro y están destinados a ser neutrales con respecto a: 1) la fijación de la localización (como en las funciones cerebrales preestablecidas; por ejemplo, las funciones motoras sensoriales, el lenguaje, etc.), y 2) la primariedad (como ser «originador de dicha actividad mental»). En este sentido, el modelo neuropsiquiátrico de Cambridge sobre formación de síntomas respeta el postulado de que *toda* actividad mental debe estar relacionada con la actividad cerebral. Sin embargo, también pretende demostrar que las inscripciones en el cerebro de los síntomas mentales son complejos estados relacionales, diferentes en muchos aspectos de la ingenua afirmación de que expresan algún tipo de correlación unívoca y fija.

Por lo tanto, se sugiere aquí que existen (al menos) dos formas de representación/inscripción cerebral: la primaria y la secundaria. Ejemplos de formas primarias de inscripción se pueden encontrar en la percepción, la memoria y otras funciones mentales predeterminadas, donde la naturaleza de la relación entre la función mental y el sustrato anatómico es tal que: a) una lesión de este último afectará la generación de la primera, y b) la manipulación terapéutica de la inscripción cerebral puede aliviar la perturbación de la función mental en cuestión (como suele ocurrir en los trastornos neurológicos, por ejemplo, un tumor cerebral que causa alucinaciones, algunas manifestaciones de epilepsia, etc.)⁹.

La inscripción cerebral secundaria se utiliza aquí para referirnos a la forma en que el complejo estado mental simbólico se relaciona con o está representado en el cerebro. Los estados mentales simbólicos se definen como estados mentales cuya definición, esencia y fuerza causal se han vuelto más dependientes de un significado temporal único adquirido respecto a una situación relacional específica, que de su sustrato neurobiológico original. Lo que importa en los estados mentales simbólicos no es que sean pensamientos o emociones, sino que han adquirido un grado de significación superveniente que impulsa al sujeto a comportarse, sentir, etc. de una manera particular en una interacción social específica.

Este significado superveniente se origina en el espacio semántico¹⁰ que se forma temporalmente entre seres humanos a través del diálogo lingüístico. Este significado puede durar (si se registra o recuerda), pero lo más frecuente es que se desvanezca una vez que termina la relación de diálogo y su espacio semántico. No obstante, mientras está presente, posee una fuerza motriz propia que induce sentimientos y comportamientos específicos en los participantes. Una característica interesante de estos significados supervinientes es que no están «dentro de la cabeza» de los participantes, sino en el espacio temporal semántico que han creado. La cuestión es: ¿cómo se relacionan estos significados supervinientes con el cerebro de cada uno de los participantes?

Un ejemplo de significado superveniente es la función perlocutiva de los actos de habla de Austin¹¹. Si uno tuviera

que preguntarse cómo se localizan estos en el cerebro, la respuesta sería probablemente diferente dependiendo de cada componente. Dado que el lenguaje se considera una función «predeterminada» se podría afirmar que los componentes locutivos e ilocutivos deberían inscribirse de forma primaria. Sin embargo, cuando se trata de la función perlocutiva, las cosas se complican porque esta solo tiene significado en un espacio interpersonal. Cuando un sacerdote le dice a una pareja: «Os declaro marido y mujer», el hecho de poder localizar en el cerebro la pronunciación de sus palabras es irrelevante para el acto performativo. El acto performativo es una acción simbólica que adquiere significado solo si el contexto es el correcto, si los participantes se casan por voluntad propia, si el lugar ha sido acreditado para tal fin y así sucesivamente. Decir que el acto performativo también se localiza en el cerebro del sacerdote (porque la verbalización de las palabras sí lo está) parece absurdo. Se sugiere aquí que al menos algunos síntomas mentales contienen configuradores culturales y superposiciones simbólicas que los hacen funcionalmente más cercanos al componente performativo del acto de habla.

Es probable que se llegue a capturar mediante neuroimágenes las representaciones cerebrales primarias y secundarias de los síntomas mentales. Sin embargo, solo la identificación (y manipulación) de las primeras tendrán implicaciones terapéuticas. Las intervenciones terapéuticas sobre las inscripciones cerebrales secundarias probablemente sean contraproducentes. La distinción entre primario y secundario gana así una importancia muy práctica, ya que es probable que muchos síntomas mentales (y los «trastornos» de los que son miembros) se representen solo de forma secundaria. Por todo ello, es esencial que los psiquiatras desarrollen criterios para diferenciar entre los síntomas mentales con representación cerebral primaria y secundaria.

En resumen, los síntomas mentales son un tipo especial de objetos, diferentes de los objetos físicos y de los abstractos. Son el resultado de un complejo proceso por el cual las señales cerebrales se configuran mediante códigos culturales. Esto cambia por completo su significado y contenido, y los hace irreductibles a la explicación neurobiológica. La naturaleza híbrida de los síntomas mentales genera nuevas necesidades teóricas e investigaciones en cuanto a su comprensión hermenéutica, clasificación e inscripción en el cerebro. Esto se debe abordar de forma urgente no por razones teóricas, sino porque existen personas ahí fuera que sufren síntomas mentales. Se debe dar preferencia a cualquier modelo que pueda generar respuestas terapéuticas personalizadas, útiles y predictivas a sus tribulaciones. En este sentido, la filosofía de la psiquiatría tiene un papel crucial que desempeñar en el análisis de la naturaleza y manejo de la psiquiatría y sus objetos.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Murphy D. Psychiatry in the Scientific Image. Cambridge, MIT Press: Johns Hopkins University Press; 2006;

- Kendler KS, Parnas J. *Philosophical Issues in Psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2008.
2. Berríos GE. Mind in General by Sir Alexander Crichton. *Hist Psychiatry*. 2006;17:469–97.
 3. Kendler KS, Zachar P, Craver C. What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological Medicine*. 2011;41:1143–50.
 4. Berríos GE. *La Epistemología de la Psiquiatría*. Pólemos: Buenos Aires; 2011.
 5. Berríos GE. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México: Fondo de Cultura Económica; 2008.
 6. Ghaemi SN. *The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2009.
 7. Berríos GE, Marková IS, Olivares JM. Retorno a los síntomas mentales: hacia una nueva metateoría. *Psiquiatr Biol*. 1995;2:13–24.
 8. Hécaen H, Lanteri-Laura G. *Evolution des connaissances et des doctrines sur les localisations cérébrales*. Paris: Desclée de Brouwer; 1978.
 9. Hécaen H, Lanteri-Laura G. *Les fonctions du Cerveau*. Masson: Paris; 1983.
 10. Gärdenfors P. *Conceptual Spaces*. Cambridge: MIT Press; 2004; Kelso JAS. *Dynamic Patterns*. Cambridge: MIT Press; 1995.
 11. Austin JL. *How to do Things with Words*. At the Clarendon Press: Oxford; 1962.