



UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA  
FACULTAD DE FILOSOFÍA

Máster Universitario en Filosofía Teórica y Práctica  
Especialidad de Lógica, Historia y Filosofía de la Ciencia

Trabajo Fin de Máster  
Filosofía de la psicopatología:  
Sobre el modelo naturalista, la antipsiquiatría y los riesgos del  
reduccionismo

Autor: Manuel Cigales García  
Tutor: Cristian Saborido Alejandro

### RESUMEN

Se trata de, tras señalar los problemas que adolecen los criterios de salud mental, indicar las condiciones ontológicas singulares de los trastornos mentales, rescatar las ideas más interesantes de la tradición antipsiquiátrica y excluir las que creamos descartables, particularmente, nos interesa polemizar acerca de la existencia de los trastornos mentales. Buscaremos, con apoyo en las aportaciones de Marino Pérez, un esbozo de definición de trastorno mental. Trataremos de buscar el término medio entre el modelo biologicista y el constructivismo radical y veremos el estado de la cuestión con un debate reciente.

### ABSTRACT

*It is about, after pointing out the problems that mental health criteria suffer from, indicating the unique ontological conditions of mental disorders, rescuing the most interesting ideas of the antipsychiatric tradition and excluding those that we believe are disposable, particularly, we are interested in discussing the existence of mental disorders. We will search, with the support of Marino Pérez's contributions, for an outline definition of mental disorder. We will try to find the middle ground between the biologist model and radical constructivism and we will see the state of the matter with a recent debate*

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>1. MODELOS EN FILOSOFÍA DE LA MEDICINA Y CRITERIOS EN PSICOPATOLOGÍA</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1. MODELOS EN FILOSOFÍA DE LA MEDICINA (NATURALISMO Y CONSTRUCTIVISMO)</b> .....	<b>7</b>
<b>1.2. CRITERIOS EN PSICOPATOLOGÍA</b> .....	<b>8</b>
<b>1.3. LA CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES: ¿INDISPENSABLE O CONTINGENTE?</b> .....	<b>13</b>
<b>2. SOBRE ONTOLOGÍA Y EPISTEMOLOGÍA</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1. LA CONSTRUCCIÓN DE LA REALIDAD</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2. RELATIVISMO Y CONSTRUCTIVISMO</b> .....	<b>16</b>
<b>2.3. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES ¿DE QUÉ MANERA ES REAL UN TRASTORNO MENTAL?</b> .....	<b>19</b>
<b>2.4. TRASTORNOS MENTALES COMO ENTIDADES INTERACTIVAS</b> .....	<b>21</b>
<b>2.5. LOS ENFOQUES EN PSIQUIATRÍA</b> .....	<b>22</b>
2.5.1. EL ENFOQUE NATURALISTA EN PSIQUIATRÍA .....	22
2.5.2. PSIQUIATRÍA NO NATURALISTA: SØREN KIERKEGAARD .....	23
<b>3. ANTIPSIQUIATRÍA</b> .....	<b>24</b>
<b>3.1 LAS FASES DE LA ANTIPSIQUIATRÍA</b> .....	<b>25</b>
<b>3.2. DAVID COOPER Y EL ORIGEN DE LA ANTIPSIQUIATRÍA</b> .....	<b>25</b>
<b>3.3. FRANCO BASAGLIA Y LA INSTITUCIÓN NEGADA</b> .....	<b>26</b>
<b>3.4. THOMAS SZASZ Y EL MITO DE LA ENFERMEDAD MENTAL</b> .....	<b>28</b>
<b>3.5. LAING, LA ANTIPSIQUIATRÍA Y EL YO DIVIDIDO</b> .....	<b>30</b>
<b>3.6. GIORGIO ANTONUCCI Y EL PREJUICIO PSIQUIÁTRICO</b> .....	<b>32</b>
3.6.1. PSIQUIATRÍA Y AUTORIDAD .....	33
3.6.2. ¿DIVERSIDAD? ALTERNATIVAS EN PSIQUIATRÍA .....	33
<b>3.7. FOUCAULT Y LA LOCURA</b> .....	<b>34</b>
3.7.1. DESPSIQUIATRIZACIÓN Y ANTIPSIQUIATRÍA .....	35
3.7.2. EL PODER PSIQUIÁTRICO .....	37
3.7.3. LA PSIQUIATRÍA: ¿MERAMENTE UNA CUESTIÓN DE RELACIONES DE PODER? .....	38

3.8. ANTIPSIQUIATRÍA EN LA ACTUALIDAD: POSTPSIQUIATRÍA Y <i>MAD STUDIES</i> .....	39
<b>4. EL ESFUERZO FILOSÓFICO DE MARINO PÉREZ .....</b>	<b>41</b>
4.1. CEREBROCENTRISMO O POR QUÉ EL ENCÉFALO NO LO ES TODO: REDUCCIONISMOS, NEUROIMAGEN Y <i>CONGREGATIO DE AUXILIIS</i> .....	41
4.2. COCONSTRUCTIVISMO BIOCULTURAL, EL ERROR DE DAMASIO Y LOS TRES GÉNEROS DE MATERIALIDAD ...	43
4.3. LA VERDADERA COMPLEJIDAD DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS: PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA .....	44
4.3.1. PSICOTERAPIA Y PLACEBO: TEPT, EMDR Y LA MUJER DE MOZAMBIQUE .....	45
4.4. ¿MEDICACIÓN O PSICOTERAPIA? .....	46
4.4.1. PSICOFARMACOLOGÍA Y SERENDIPIAS <i>AD HOC</i> .....	46
4.4.2. PLACEBO, PSICOTERAPIA Y SABER MUNDANO .....	50
4.5. SISTEMAS DE PSICOTERAPIA Y TERAPIA DUAL .....	51
4.6. LA “INVENCION” DE LOS TRASTORNOS MENTALES: <i>MARKETING Y PSICOFARMACOLOGÍA</i> .....	52
4.6.1. UN EJEMPLO DE INVENCION DE TRASTORNO MENTAL.....	53
4.7. ¿QUÉ ES UN TRASTORNO MENTAL? LA DEFINICIÓN DE MARINO PÉREZ.....	54
<b>5. EL DEBATE MÁS RECIENTE: EL PROBLEMA DE LA CONCEPTUALIZACIÓN ERRÓNEA. ....</b>	<b>55</b>
5.1. PATERNALISMO NO SOLICITADO, DISFORIA Y ALTERNATIVAS A LA MEDICACIÓN .....	55
5.2. ¿ES LA DISFORIA DE GÉNERO UN TRASTORNO MENTAL? .....	57
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>68</b>

## INTRODUCCIÓN

En este trabajo, mediante el análisis de obras de algunos autores de la tradición antipsiquiátrica y de los criterios que se utilizan para determinar qué es un trastorno mental y sus limitaciones se buscará efectuar una crítica a la violencia psiquiátrica y la estigmatización de la salud mental, a las posiciones reduccionistas y a aquellas que podrían dejar a su suerte a quienes pueden necesitar apoyo por parte de los profesionales de salud mental. Defenderemos una postura partidaria de un enfoque integral y contextualista y mantendremos una perspectiva de firme defensa de los profesionales sanitarios en psicología y psiquiatría y su labor, que consideramos esencial en nuestros tiempos. Veremos las ideas rescatables de la tradición antipsiquiátrica y criticaremos aquellas que consideramos descartables. A lo largo de todo el trabajo nos posicionaremos tanto en contra de las posiciones naturalistas-biologicistas, como el constructivismo social radical, pues consideramos que ambas son débiles para afrontar los problemas filosóficos del ámbito de la filosofía de la psiquiatría. Haremos una breve introducción de algunas consideraciones epistemológicas y ontológicas de algunos autores como aproximación previa a la problemática y utilizaremos como referencia la obra de Marino Pérez como postura integracionista, contextualista y holística, con una ontología que pueda dar cuenta de los fenómenos psicológicos conocidos como «trastornos mentales»

En la actualidad hay movimientos que denuncian la opresión del saber psiquiátrico, integrados por personas psiquiatrizadas que en ocasiones llegan a rechazar cualquier tipo de intervención médica tras experiencias verdaderamente escalofriantes en instituciones de internamiento para tratamiento de trastornos mentales y a menudo con sobremedicación para paliar su sufrimiento. En el anexo dejamos las reivindicaciones del Orgullo Loco de Madrid en 2019 al respecto. De esta serie de reivindicaciones formuladas por el Orgullo Loco de Madrid no será necesario un análisis pormenorizado ni una confrontación manifiesta entre nuestro planteamiento y el suyo, si bien es cierto que reconoceremos los puntos en común de su discurso con el propuesto en este trabajo, nuestras desavenencias serán explicadas de manera general. Cabe reseñar que lo que nos mueve, al igual que a los redactores del

manifiesto del Orgullo Loco y a los integrantes del movimiento no es otra cosa que el bienestar de los «pacientes» (utilizaremos paciente y usuario indistintamente) y la limitación correcta de las prácticas asilares (en la actualidad, farmacológicas) que coartan la libertad cuando ni por asomo es necesario.

Procedemos a resumir las ideas que más nos interesan del manifiesto, en primer lugar, aquellas que defendemos a rajatabla, en segundo lugar, aquellas que, siendo considerablemente relevantes, no serán contenido a investigar en este escrito y en tercer lugar aquellas que consideramos más controvertidas:

1. La salud mental ha de ser una prioridad política y en su quehacer ha de garantizarse el cumplimiento de los derechos humanos, ha de crearse un marco de actuación legal como garantía de su defensa y cumplimiento. Por otra parte, el modelo biologicista-mecanicista es insuficiente para explicar los padecimientos de las personas con dolencias mentales, la estigmatización de los pacientes ha de ser erradicada y junto a ella los prejuicios irracionales que restringen las posibilidades de los «locos» de reintegrarse en sociedad tanto en círculos sociales como en el mercado laboral. Finalmente, las medidas que se toman en pos de la cura o la mejora de los pacientes han de ser revisables y reversibles con la mayor agilidad burocrática posible.
2. Repudiamos con fervor los desprecios, vejaciones e inclusiones violaciones en estos contextos. No obstante, la cuestión de las opresiones en sumatorio y de otros tipos de violencia añadidas a la psiquiátrica, ya sea por cuestión de raza, sexo, capacidades u orientación sexual no atañe más que de manera colateral a nuestras pretensiones con este TFM... Sin embargo, propugnamos que la cuestión trans es de otra índole, pues el sufrimiento de la disforia de género debe ser analizado desde la psicología y la sociología en nuestra opinión, como veremos (Errasti y Pérez, 2022).

3. El paciente de salud mental ha de tener legitimidad en la toma de decisiones en todos los casos en diversos contextos: internamiento, tutelaje, tratamiento...

En cuarto lugar, expondremos ideas propuestas por nosotros (ya defendidas en otras ocasiones por colectivos y autores, tanto anteriormente como en el presente), en las cuales hiperbolizamos y radicalizamos las posiciones más extremas críticas con la psiquiatría e incluso con cualquier tipo de tratamiento, provenientes de los críticos más radicales:

4. El sistema psiquiátrico «patologiza» (es decir, trata como trastorno una conducta, mental o física y busca una modificación comportamental para que el individuo en cuestión se ajuste al molde social), su actuación siempre es perjudicial, se basa meramente en relaciones de poder. Podría llegar a defenderse que los trastornos mentales no existen.

## **1. MODELOS EN FILOSOFÍA DE LA MEDICINA Y CRITERIOS EN PSICOPATOLOGÍA**

### **1. 1. MODELOS EN FILOSOFÍA DE LA MEDICINA (NATURALISMO Y CONSTRUCTIVISMO)**

El enfoque naturalista entiende la medicina como biología aplicada. La definición de «salud» en la RAE se basa en la capacidad de un ser orgánico para ejercer sus funciones con normalidad. ¿Qué quiere decir funcionalidad? ¿Y normalidad? Otras definiciones problemáticas que deben ser abordadas desde el punto de vista filosófico. Al atribuir una función a un rasgo de un organismo de alguna manera se le achaca una finalidad a ese rasgo. Esto alude a la teleología, cuyo origen se remonta a los griegos y se relaciona con la causa final aristotélica, aunque desde un punto de vista de la ciencia contemporánea no podemos apelar a lo trascendental como explicación, debemos ofrecer matizaciones. Asimismo, el concepto de normalidad ofrece dificultad a la hora de considerar una función como realizada de manera correcta o incorrecta. Al aludir a los conceptos de correcto o incorrecto tenemos un nuevo escollo. ¿Qué quiere decir biológicamente correcto y qué o quien decide que lo es? Una respuesta es considerar que la función normal es meramente evaluada por nosotros, sin embargo, los naturalistas reclaman la existencia de criterios objetivos que permitirían decir

cuales son las funciones del un órgano y cuando funcionaría de manera anormal. Desde la medicina se buscaría tratar estos desajustes orgánicos, estructurales o fisiológicos. Dentro de este enfoque hay diversas posiciones, como el normativismo vital, o el enfoque bioestadístico. Las posiciones naturalistas defienden la existencia de lo biológicamente correcto dadas por la propia naturaleza. Sin embargo, los valores personales, la cultura o el ambiente quizá tengan influencia en nuestras concepciones acerca de lo que es la salud (Saborido, 2020).

Como contrapartida de la posición naturalista se halla el enfoque constructivista, basado en la construcción social de la enfermedad, cuya corriente filosófica de fondo sostiene que todo el conocimiento científico es una construcción creada por la comunidad científica. Dentro del enfoque constructivista en medicina encontramos la posición de Nordenfelt, a la que denomina teoría holística. El constructivismo tiene considerables virtudes, por ejemplo, nos protege de la ingenuidad ante el carácter científico de la medicina y así funciona de anticuerpo contra el autoritarismo epistémico. Sin embargo, en su versión radical, los límites diagnósticos podrían ampliarse en demasía, modificando la conciencia pública de los estados y considerando enfermedad cuestiones de otra índole como pueden ser la homosexualidad o una posición política contraria a la gubernamental del momento. Por lo visto hasta ahora quizá lo más prudente sea un enfoque mixto que integre las posiciones naturalistas y constructivistas (Saborido, 2020).

## **1.2. CRITERIOS EN PSICOPATOLOGÍA**

¿Qué quiere decir «salud»? ¿Cuál es el significado de «salud mental»? No podemos ignorar que el bienestar al que alude la OMS en su definición de salud trae consigo connotaciones de valor y políticas, siendo un concepto vago desde la medicina. Además, se da una peligrosa ambigüedad entre trastorno y enfermedad en psiquiatría. Este escollo debe ser tenido en cuenta a la hora de esbozar un criterio para considerar una sintomatología como un trastorno, para tildar unas conductas como patológicas. Seguimos moviéndonos en el terreno de la filosofía, de la que no se puede escapar, como diría Jaspers. En el terreno pantanoso de la

salud (en nuestro caso, de la salud mental, disponer de una buena filosofía será crucial, porque se ponen en juego el malestar y las dolencias de los seres humanos.

Como criterio entenderemos el conjunto de normas que designan las propiedades sobre cuya base una persona puede conceptuarse o categorizarse como psicopatológica (Belloch, Sandín y Ramos, 2020). Los criterios pueden ser categorizados como estadísticos, sociales (interpersonales), subjetivos (intrapsíquicos) y biológicos:

Criterios estadísticos (enfoque naturalista): Determina la anormalidad en base a una desviación de la distribución normal. Lo psicopatológico se ceñiría a todo aquello alejado de lo frecuente, ubicado fuera de los límites de la distribución normal de la población de referencia. Según Boorse, la diferencia entre la salud y la enfermedad es una cuestión científica, biológica y objetiva, lo cual lo llevaba a alinearse con los postulados naturalistas. El estándar de normalidad se correspondería con lo mayoritario a nivel estadístico, empleando como herramienta la distribución gaussiana y la desviación típica. No obstante, la restricción al ámbito de lo infrecuente no acarrea una psicopatología en todos los casos. La mayoría de los clínicos, tras recibir un informe de laboratorio suele consultar cuales son los límites normales de los valores en cuestión. Recurren así al concepto estadístico de normalidad, pero entraña dificultades. En las pruebas efectuadas hay un riesgo de que una persona sana presente un resultado de laboratorio anormal. Esa posibilidad incrementa a medida que sometemos a una persona a más pruebas, lo cual nos lleva a pensar que cuanto más se investigue a alguien mas posibilidades hay de que sea (lo convirtamos) en un enfermo. El concepto de normalidad es problemático desde el origen, porque aquella persona que determina los niveles normales no puede estar segura de si los individuos que estudio eran normales o sanos. En ciertos países, la desnutrición es una situación estadísticamente normal, al igual que la arterioesclerosis es frecuente en varones de mediana edad en la Europa Occidental (Wulff, Andur y Rosenberg, 2002). Como vemos, lo mayoritario no tiene por qué ser saludable y lo minoritario no tiene por qué ser patológico. Ronald Amundson criticó a Boorse, y a su enfoque bioestadístico y la idea de diseño de especie arguyendo que estas ideas se basan en un determinismo funcional: todos los miembros de una misma clase de referencia

deben funcionar de la misma forma. ¿Cómo explicar la aparición de nuevas especies si no hubiese diversidad funcional? (Saborido,2020).

Criterios biológicos (enfoque naturalista): Mantienen que la enfermedad mental se produce por una alteración del sistema nervioso. Las patologías no son otra cosa que la expresión de las alteraciones y/o disfunciones en el modo normal de funcionamiento, bien a nivel estructural, bien a nivel de procesos biológicos. Estas alteraciones pueden estar causadas por agentes patógenos externos (prefijo -dis), por carencia de elementos constituyentes (prefijo a-) o por una ruptura en el equilibrio de los procesos, elementos o estructuras involucradas (prefijos hiper- o hipo-). Sin embargo, las personas somos organismos sociales, con mundo psicológico, no solamente una entidad biológica. Aunque se descubra una etología orgánica que aspire a explicar la totalidad de los fenómenos mentales, no podemos descartar las variables psicológicas y sociales.

Con respecto a estas dos variantes del enfoque naturalista, Pérez Soto (2012) considera que hay dos tipos de situaciones vitales que no deben ser consideradas como enfermedades (o trastornos): en primer lugar, las alteraciones que tienen un claro origen subjetivo o social y en segundo lugar los trastornos genéricos asociados al ciclo vital humano (dentición, embarazo, parto, menopausia, vejez, variaciones naturales de la función sexual, fenecimiento). También hay que matizar a la hora de buscar indicadores diagnósticos en variables que se debían de la media (peso, talla, presión arterial, colesterol, distribución hormonal) para concretar hasta que punto la desviación es patológica o forma parte de la «normalidad» del sujeto.

Por otra parte, el enfoque constructivista tiene ventajas, pues nos aleja de la ingenuidad sobre el carácter científico de la medicina (psiquiatría, en nuestro caso) que se acaba tornando autoritarismo epistémico. Asimismo, implica ciertos riesgos, como, por ejemplo, la *disease mongering* (*promoción de enfermedades*), nombre con el que se conoce a la práctica de ampliar los límites diagnósticos para modificar la percepción acerca de las enfermedades, lo

que puede llevar a las compañías farmacéuticas y otras organizaciones a obtener beneficios del cambio.

**Criterios sociales (interpersonales) (enfoque constructivista):** Desde el constructivismo se sostiene que todo conocimiento científico es una construcción hecha por una comunidad. Los criterios se establecen a través de normas sociales que concretan lo esperable (normal) y lo inadecuado (anormal). La definición de las psicopatologías es una cuestión de normativa social, pues lo que se toma como normal en un contexto se convierte en patológico en otros. Si bien es cierto que las normas con las que catalogamos a alguien como «anormal» se hallan «en nuestras mentes», no por ello reconocemos su inexistencia, sino la necesidad de profundizar en estas normas para huir de los prejuicios, la falsa moral y la estigmatización. Un ejemplo de los problemas de esta concepción es la drapetomanía de Cartwright, quien describía una patología de los esclavos negros cuyas peculiaridades físicas y mentales los hacían vulnerables a enfermedades que no se dan entre blancos libres. La única forma de que los esclavos negros puedan tener salud es sirviendo al hombre blanco (Saborido,2020). Hay muchas condiciones que han sido tratadas como enfermedades a lo largo de la historia, como la homosexualidad o los zurdos.

**Criterios subjetivos (intrapersonales):** El propio individuo dictamina sobre su estado o situación mediante quejas y manifestaciones verbales o comportamentales, se basa en la conciencia que tiene el sujeto de su situación psicopatológica. Una variante de este criterio es el alguedónico (Schneider, 1959) que hace referencia al sufrimiento personal, propio o ajeno, como elemento definitorio de una psicopatología. Estos criterios aluden a dos aspectos nucleares de la clínica: la conciencia de la enfermedad y la egodistonía. Su limitación principal es su carácter dimensional y fluctuante, pues las personas con psicopatologías no son siempre conscientes de sus problemas e incapacidades y a lo largo de la evolución del trastorno, tanto la consciencia del problema como la egodistonía varían. Debido a esto, en ocasiones es probable que los individuos quieran buscar ayuda especializada o continuar con sus sesiones de terapia o tratamiento farmacológico. Un problema adicional es que no todas

las personas que se quejan de su angustia e infelicidad tienen manifiestan una psicopatología diagnosticable.

Como Bunge (2017) indica, la endeblez del DSM se debe a que es puramente sintomático, sin señalar mecanismos ni causas. Se han intentado relaciona los conocimientos en neurociencia con la plétora de trastornos mentales existentes a través del RDoC (Research Domain Criteria) sin mucho éxito por sus problemas metodológicos, como la limitada validez y fiabilidad de los actuales métodos de neuroimagen y su excesivo énfasis en la atribución a factores biológicos.

El DSM parece diagnosticar enfermedades, pero desde la APA ya no se fomenta la discusión, se da por obvia, con el sistema DSM se avala que personas que no son diagnosticadas como enfermas sean tratadas como si lo fueran. Resulta especialmente sencillo diagnosticar un trastorno mental, como demostró David Rosentan en 1972. Junto con siete ayudantes se presentó a doce hospitales, pidiendo ser atendidos porque escuchaban voces. Todos ellos fueron internados bajo el diagnóstico de esquizofrenia. La hospitalización duró entre 7 y 52 días, con una media de 19. Nunca fueron examinados con mayor detalle ni reconocidos como personas comportándose normalmente. Se les diagnosticaba una esquizofrenia en remisión, sin que nadie se plantease la posibilidad del fingimiento.

Richard P. Bentall, psiquiatra de orientación social, agregó una nota cómica a la cuestión del trastorno mental, proponiendo que la felicidad fuese incluida en el DSM como trastorno psiquiátrico. La felicidad es una condición que cumpliría todas las consideraciones de expertos para entrar en el DSM: es un estado subjetivo y estadísticamente anormal, se puede describir mediante un conjunto discreto y definido de síntomas, podría haber evidencia de que refleja un funcionamiento anormal del sistema nervioso y está vinculada a anormalidades cognitivas, concretamente, a una falta de contacto con la realidad. Hasta le ha puesto nombre: Desorden Afectivo Mayor de Tipo Amable.

Como hemos visto, todos los criterios tienen tanto virtudes como vicios. Actualmente, el modelo bio-psico-social es el adoptado por la mayoría de científicos de la salud en la explicación de la naturaleza humana y sus alteraciones y enfermedades mentales o médicas. Esto nos obliga a reconocer la inevitable complementariedad de todas las dimensiones. Por nuestra parte, nosotros nos adscribimos al modelo bio-psico-social en las explicaciones psicopatológicas.

Finalmente, siguiendo a O'Reilly y Nina (2017) podemos reconocer cinco críticas a los sistemas de clasificación en salud mental: en primer lugar los sistemas generan valores, en segundo lugar, en el DSM el trastorno se entiende como existente sin el individuo que lo padece y sería explicable desde funciones psicológicas y bioquímicas, en tercer lugar los cambios en las clasificaciones en principio producen porque se alcanza un entendimiento superior del comportamiento humano, aunque muchos expertos cuestionan esta hipótesis, en cuarto lugar hay académicos que han criticado directamente la afirmación de que un sistema de clasificación se expande y aumenta la especificidad diagnóstica, señalando que de hecho actualmente hay clasificaciones categoriales complejas que en rara ocasión pueden ser utilizadas, y finalmente, las etiquetas de los sistemas de clasificación siempre generan un estigma.

### **1.3. LA CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES: ¿INDISPENSABLE O CONTINGENTE?**

La clasificación de las enfermedades es un útil empleado por los médicos para organizar el conocimiento de su disciplina, basado en el modelo mecánico de enfermedad esencialmente. Es en gran parte una mezcla de entidades morbosas definidas en términos anatómicos, fisiológicos y microbiológicos que en los últimos años ha evolucionado con los avances en inmunología. La forma de clasificar recae sobre otro problema filosófico de longevidad insospechada, la eterna disputa acerca de los universales, el esencialismo (realismo o platonismo) y el nominalismo extremo. El primero subraya que cualquier clasificación de los fenómenos debe reflejar la realidad de la naturaleza, aunque soslaya el hecho de que a la hora de clasificar también elegimos los criterios y esos criterios dependen de nuestros intereses y

de nuestro conocimiento precedente. El nominalismo sí que toma en cuenta el factor humano, pero un nominalismo extremo prescinde de la consideración de que las clasificaciones no son arbitrarias del todo, sino que han de intentar ajustarse a la realidad tal y como es (Wolff, 128, 2002).

En medicina hay tres criterios para la clasificación: el clínico, el etiológico y el mecanístico. Desde el enfoque clínico las enfermedades se entienden como clases naturales que se categorizan como conjuntos de síntomas que incumplen el comportamiento «normal» de los seres vivos. Según el criterio etiológico, lo que caracteriza a la enfermedad es el agente causal que la produce. Estos dos criterios suponen establecer una distinción basada en la clase natural. En la actualidad el enfoque que prima es el patogénico o mecanístico, cada enfermedad se relaciona con un mecanismo patológico concreto (Saborido, 2020). Desde el pluralismo integrador se debe revisar las clasificaciones periódicamente, pues hay enfermedades que quizá sean abordadas de manera más eficiente desde otro criterio. Los conceptos son herramientas teóricas útiles para la práctica médica, no clases naturales y en la aproximación filosófica a la clasificación médica hemos de evitar la reificación de enfermedades, como si fueran entidades reales con existencia autónoma (Saborido, 2020). Las enfermedades mentales no existen como entidades independientes y esto es uno de los riesgos de la psiquiatría.

Szasz llega a decir que la enfermedad mental es un mito. Bonnie Burstow decía que la salud mental es otro mito. Si bien estas dos sentencias nos pueden llevar a una investigación profunda en las ideas de enfermedad mental y de salud mental, sus posturas nos parecen ingenuas. Es perfectamente compatible aceptar que un conjunto de síntomas se agrupa bajo un nombre concreto dado de manera convencional con defender a capa y espada que los síntomas son reales y que tal vez deban ser abordados médicamente. Etiquetar un conjunto de síntomas con una categoría aparentemente médica no proporciona explicaciones causales, sirviendo meramente como ejercicio de etiquetamiento, con las consecuencias que el propio etiquetamiento tiene.

## **2. SOBRE ONTOLOGÍA Y EPISTEMOLOGÍA**

### **2.1. LA CONSTRUCCIÓN DE LA REALIDAD**

La cuestión acerca de la existencia de la realidad es un interrogante muy manido a lo largo de la historia de la filosofía. Aquí no pretendemos entrar en justificaciones ni argumentaciones acerca de los «hechos objetivos» y el mundo real por cuestiones de extensión y de evitar digresiones que, si bien quizá sean pertinentes, exceden con mucho el tema que nos ocupa. Somos conocedores del terreno pantanoso en el que nos movemos y del enfrentamiento entre realismo y antirrealismo y racionalismo y empirismo, pero no podemos adentrarnos con profundidad en esta cuestión. Siguiendo las indicaciones de Wulff, Andur y Rosenberg (2002), por un lado, desde una perspectiva epistemológica rechazamos la idea de que las observaciones son la única fuente de conocimiento y tampoco creemos en observaciones puras. También suscribimos que las relaciones causales son objetivas, existen, las observemos o no, aceptamos una teoría generativa de la causalidad (la afirmación de que X causa Y significa que X ayuda a originar Y de alguna manera. Por otro lado, desde un punto de vista ontológico aceptamos el punto de vista realista, desde el cual el objetivo del saber científico es descubrir lo que ocurre en el mundo. Siendo algo más precisos, el conocimiento científico es al mismo tiempo transitivo e intransitivo porque el conocimiento debe entenderse como un producto social cambiante (transitividad) pero el objeto de este conocimiento no depende de nuestra existencia (intransitividad).

Meramente nos limitaremos a defender la posición de John Searle (1995). Hay un mundo que existe independientemente de nuestras interpretaciones (realismo externo), al que accedemos por representaciones (percepción, pensamiento, creencias), estas representaciones son verdaderas si se corresponden con los hechos (teoría de la verdad como correspondencia), es posible que un número enorme de sistemas representacionales para representar la realidad (relatividad conceptual), los esfuerzos humanos para obtener representaciones se ven medidos por factores culturales, económicos, psicológicos (por ende, la objetividad epistémica completa es complicada y quizá imposible) y finalmente, poseer

conocimiento es poseer representaciones verdaderas, para los que pueden ofrecerse justificaciones o evidencias. Cabe reseñar, como corolario y conclusión a tener en cuenta, que el realismo externo es compatible con la tesis de la relatividad conceptual, que implica la construcción de sistemas epistémicos distintos e incluso inconmensurables para describir la realidad para nuestros fines. Es perfectamente consistente con el realismo externo, que no nos dice como son las cosas, sencillamente que tienen una forma de ser. Formulemos las tesis de la siguiente manera.

Realismo externo: La realidad existe independientemente de nuestras representaciones de ella.

Relativismo conceptual: Todas las representaciones de la realidad son relativas a algún concepto más o menos arbitrariamente seleccionado

No hay inconsistencia de ningún tipo. El relativismo conceptual no implica antirrealismo; puedo describir mi altura en centímetros o en pies y pulgadas sin ningún perjuicio para su consistencia. No entraremos en el resto de argumentos de Searle acerca de los hechos objetivos y la discusión de la realidad puesto que lo que a nosotros nos interesa es atacar el relativismo en salud mental y los reduccionismos tanto biologicista como sociologicista.

Por otra parte, de la misma manera que Searle defiende que el realismo externo y el relativismo conceptual son compatibles, no hay inconsistencia alguna si sostenemos que la idea de que una enfermedad exista como entidad es aún congruente con el constructivismo social. Mantener una postura según la cual nombrar la enfermedad y lo que la constituye es lo que se construye socialmente y no es lo mismo que afirmar que los trastornos mentales no existen.

## **2.2. RELATIVISMO Y CONSTRUCTIVISMO**

Parece ser que se ha instaurado, de la mano del relativismo posmoderno, una tesis que Paul Boghossian (2018) denomina «la tesis de la Validez Igual», según la cual hay formas radicalmente diferentes de conocer el mundo que serían igualmente válidas. La ciencia no tendría privilegio epistemológico. Por otra parte, los constructivistas esgrimen argumentos en favor del constructivismo de los hechos, de las justificaciones y de las explicaciones racionales. El conocimiento depende del contexto social, la justificación de una evidencia en base a una información es socialmente construida y la propia evidencia no basta para explicar por qué creemos lo que creemos de facto.

Lo que aquí nos atañe es poner a prueba si realmente podemos atenernos a la tesis de la Validez Igual. ¿La aproximación a los trastornos mentales o a la salud mental puede realizarse desde cualquier perspectiva? ¿Un psicoanalista, un psiquiatra, un psicólogo conductista o un terapeuta con conocimientos chamánicos pueden aproximarse a los fenómenos mentales desde posturas igualmente válidas? Sostenemos radicalmente que no. Volvemos a enfatizar que la relatividad social de las descripciones es diferente del constructivismo de los hechos. Podemos demostrar que del mundo pueden hacerse muchas descripciones, perfectamente verdaderas simultáneamente, mientras sean consistentes. Pero no toda descripción posible es verdadera, lo cual ya es un avance. De lo que se trata es de ofrecer posturas cada vez más refinadas dentro de las que son verdaderas.

El mundo mental, requiere una aproximación epistemológica distinta a los hechos brutos. Desde Pavlov, o si se quiere, desde Tolman, contamos con marcadores, con herramientas que nos encaminan a pensar en que hay fenómenos mentales. Para más inri, la conducta es claramente observable. La propia observación de la conducta y su descripción posterior no se libran de la carga teórica de la observación de Hanson. Esto no es óbice para tomar en consideración el conocimiento de los profesionales de la salud mental. Desde cualquier perspectiva se tienen prejuicios, se hacen atribuciones, se tienen creencias. Lo que aquí defendemos es que, pese a todas estas influencias circunstanciales, pese a que las etiquetas en salud mental tienen consecuencias y quizá deban modificarse, no toda aproximación es igual de precisa y de potente.

Un sistema epistémico no puede justificarse utilizando el mismo sistema, lo máximo que puede hacer es defender que es correcto desde su propio punto de vista y que el otro no lo es. Además, todo sistema epistémico tiene alternativas posibles que lo contradigan. En un par contradictorio, una de las partes dice algo falso y la otra algo verdadero. En estas condiciones nos resulta dificultoso afirmar que no hay hechos para considerar a un sistema más correcto que otro. ¿Cómo salir de la circularidad de la justificación de los sistemas epistémicos?

El argumento a favor del relativismo, según Boghossian se equivoca en una aplicación excesivamente genérica de la afirmación de Fumerton sobre argumentos de circularidad normativa. Esto quiere decir que mientras no encontremos motivos legítimos para cuestionar nuestros principios, podemos confiar en ellos para justificar la superioridad de nuestro sistema. Boghossian es crítico con la subdeterminación de Duhem-Quine sobre las hipótesis auxiliares, la subdeterminación evidencial de las creencias de Kuhn y con el principio de simetría del constructivismo fuerte. Esta crítica a posturas que apoyan la tesis sobre la negación de una explicación de las creencias apelando solamente a razones epistémicas (al menos en ocasiones) nos lleva a rechazarlas (Boghossian, 2018). Quizá lo que consideramos como trastornos mentales no sean meramente etiquetas de conjuntos de conductas y pensamientos basadas en nuestros intereses sociales o personales. Boghossian por su parte y nosotros por la nuestra compartimos la brillantez del constructivismo social al denunciar la contingencia de prácticas sociales que en su momento se consideraron naturales de manera inherente. Al afirmar que el conocimiento debe su estatus a la aprobación de nuestros valores sociales contingentes podremos ignorar cualquier pretensión de conocimiento cuando no compartamos los valores en los que supuestamente se basa. Los poderosos no pueden criticar a los oprimidos pero por el contrario, los oprimidos sí que pueden criticar a los poderosos pese a que sostengan que las categorías epistemológicas están vinculadas a perspectivas particulares. Parece que se utiliza un doble criterio. Se puede cuestionar al creacionismo cristiano (opresores) pero no al creacionismo zuñí (oprimidos). Quien padece un trastorno mental puede criticar a los profesionales de la salud que lo tratan, pero no a la inversa. El

oncólogo no puede hablar de los pacientes con cáncer. El forense no puede hablar del muerto. Rechazamos tajantemente esta creencia.

### **2.3. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES ¿DE QUÉ MANERA ES REAL UN TRASTORNO MENTAL?**

Los construccionistas sociales, según Ian Hacking (2001) tienden a mantener que algo no es necesario que exista o que sea tal y como es. No está determinado por la naturaleza de las cosas, no es inevitable. Suelen ir más allá, arguyendo que algo es bastante malo tal y como es y que nos convendría eliminarlo o transformarlo radicalmente. Los más extremistas enarbolan el argumento de la contingencia hasta en las ciencias naturales. Parece difícil imaginar un análogo a las leyes de Maxwell que gobierne los mismos fenómenos. La Psicología y la Psiquiatría no son ciencias naturales. Son ciencias humanas y admiten una pluralidad de descripciones (el TOC y la neurosis obsesiva, por ejemplo). Lo que queremos remarcar es que la forma de construir importa, no podemos defender que «todo vale» y mucho menos en disciplinas que ponen en juego la salud de los seres humanos. Hay pensamientos y conductas que se producen, son objetivos, externos a nosotros. Ahora nos toca ver cómo podemos concebirlos en conjunto: quizá debamos eliminar toda etiqueta, quizá debamos crear más, quizá debamos reformular las que utilizamos... Estamos hablando de sufrimiento y de estigma a través de las etiquetas. Los fenómenos cambian en función de cómo los denominamos, porque cambia nuestra forma de percibirlos, independientemente del dolor que produzcan.

Ian Hacking se esforzó por hacer un seguimiento de la idea de abuso infantil. Que la idea de abuso infantil haya cambiado no elimina el sufrimiento de cada uno de esos niños. Que se utilizase un criterio u otro para engrosar o reducir estadísticas, tampoco. La realidad, en sus términos, no es construida, sino moldeada, término *a priori* más preciso. El lenguaje de la construcción social es ciertamente problemático. Dentro de este moldeamiento encontramos lo que Hacking denomina biobucle, término que se comprende a la perfección con el siguiente ejemplo: un individuo sometido a un régimen de modificación de conducta

consigue reforzar conductas opuestas a las que se requieren en la clasificación para ser considerado como paciente con depresión. El paciente vive de esta nueva forma y nuestra comprensión psiquiátrica de la depresión se modifica. En paralelo, al vivir de esta forma, se genera un cambio en la química cerebral, disminuyendo los valores de aquellas hormonas que correlacionan con la depresión. Nuestra concepción de la realidad mental cambia, se modifica, progresa, pero no se mantiene inmóvil. La clasificación en psiquiatría respondería a una suerte de realismo bajo control empírico, donde el realismo se basa en la observación de la conducta y el control empírico de las consecuencias que tiene la categorización médica de las conductas (Saborido, 2020).

Hay dos ámbitos que se retroalimentan mutuamente: el contexto clínico de la consulta y el contexto extraclínico de la cultura clínica de los profanos. El efecto Charcot formaría parte del ámbito clínico, pues el clínico encuentra lo que el mismo difunde. No obstante, los profesionales en salud mental no crean los trastornos, sino que le dan forma para poder tratarlos, pero es la gente la que tiene problemas (tesis antagonista a la archiconocida «no hay enfermedades, sino enfermos»). La cuestión no es que no sean reales, sino cómo son reales. Relacionado con ello, como dice Carlos Pérez Soto (2012), es cierto que hay personas «locas» pero no es cierto que estén enfermas y es perjudicial para ellas tratarlas de tal forma.

Hemos de rehuir el modelo médico de psicoterapia y su internalismo (atribución de la disfunción a mecanismos internos anómalos) y adoptar un modelo contextual, social, interpersonal, de método idiográfico (cada caso es único), por oposición a nomotético (los cuadros clínicos serían prácticamente iguales). Los objetivos de la psicoterapia no son solo los de la eficacia de la medicación, como es la eliminación de síntomas. Hay otras metas de valor, como la aceptación de los propios síntomas, la reorientación de la vida e incluso la evitación de la medicación y de la hospitalización. La medicalización del sufrimiento no tiene bases científicas y medicar sin ton ni son conlleva riesgos que no sobrepasan los posibles beneficios, produciendo trastornos peores que aquellos que pretende eliminar.

No se trata de oponerse a la Psiquiatría defendiendo la Psicología, sino de contextualizar los trastornos mentales, renunciar a la perspectiva médica como saber último y totalizador. En definitiva, el fin último ha de ser escuchar a la persona.

#### **2.4. TRASTORNOS MENTALES COMO ENTIDADES INTERACTIVAS**

Nosotros sostenemos tajantemente que los trastornos mentales son entidades que se constituyen de manera histórico-social, dependientes más de las vicisitudes de la senda de la vida más que de los desbalances neuroquímicos. Se construyen, por ello aparecen nuevas clases de trastornos y varía la incidencia de los que ya conocemos, en muchas ocasiones porque son los psicofármacos y los tratamientos los que generar los trastornos de esta manera (Pérez, 2021). Los trastornos mentales, se tornan en construcciones prácticas de la psiquiatría biologicista para tratarlos como si fuesen enfermedades y se convierten en materia de la biología: si conseguimos que la base biológica cambie, se paliarán o erradicarán los trastornos. A pesar de ello, vemos que no podemos asemejar las explicaciones de la medicina estándar a las de salud mental, pues en medicina no hay orientaciones ni corrientes de pensamiento, en Psiquiatría y Psicología sí las hay (González Pérez, 2021) Incluso las terapias psicológicas se conforman por lo general siguiendo a los fármacos antes que a la gente, pues los trastornos psicológicos se convierten en síntomas predefinidos en función de la medicación y no suelen tenerse en cuentas las peculiaridades de cada usuario de salud mental. Abogamos por un modelo situacional por ello y no solo por el trabajo de taxonomía que reduce al paciente a dimensiones de diagnóstico.

En la disciplina que nos atañe, en muchas ocasiones se hacen denuncias de sobrecategorización y sobrediagnóstico. Frances, líder del grupo de psiquiatras que confeccionaron el DMS-IV, quedó horrorizado con las conversaciones informales que mantuvo con algunos psiquiatras encargados de expandir las categorías del DSM. Así, el DSM-V podría ser otro caso de promoción de enfermedades, la ya mencionada *disease mongering*.

## **2.5. LOS ENFOQUES EN PSIQUIATRÍA**

### **2.5.1. EL ENFOQUE NATURALISTA EN PSIQUIATRÍA**

Dentro del movimiento antipsiquiátrico, muchos de los autores tienen poco en común filosóficamente, pero comparten la crítica radical a la psiquiatría, proclamando que las enfermedades mentales no lo son en el sentido médico común.

Como hemos visto, Christopher Boorse propuso que la enfermedad no es otra cosa que una desviación del diseño de la especie y Alf Ross, filósofo del derecho danés, aplicaría esta idea a la enfermedad mental, presuponiendo un nivel típico de la especie con relación a su capacidad para comunicarse. En caso de que esta capacidad se vea alterada, estando por debajo del nivel típico de la especie podremos hablar de enfermedad mental. Distingue entre alteraciones cognitivas (alucinaciones y delirios) y alteraciones emocionales y conativas (ansiedad, depresión e impulsividad). Alguien que crea firmemente que el gobierno controla sus pensamientos mediante rayos hacia su cerebro estaría enfermo de manera objetiva, pues esta creencia impide el contacto normal con los otros. Francamente, es poco probable que alguna vez haya un consenso en esta cuestión. En esencia, las propias funciones biológicas dependen de normas personales y culturales, y el comportamiento normal no es el mismo en todos los contextos culturales, la comunicación no es una excepción. En otra postura diferente se encuentran los psiquiatras convencionalistas, quienes defienden que la distinción entre enfermedad y salud mental es fijada por las convenciones culturales. La enfermedad mental, como vemos, puede definirse de muchas maneras: como función biológica anormal, como conducta inadecuada, como problema social (antipsiquiatría) o desde un punto de vista ecléctico. Nosotros, como ya hemos indicado, nos encontraríamos en el punto de vista ecléctico, rechazando el reduccionismo y aceptando el modelo biopsicosocial.

Es evidente que en caso de que la psiquiatría biológica cumpliera con su cometido en su totalidad, moriría del éxito, porque en el cerebro encontraríamos todos los mecanismos causales y explicativos y la neurología sería el campo de investigación de los trastornos, a la

postre, por tanto, «neuropsiquiátricos» (Pérez, 2003). Una psiquiatría de orientación psicosocial se libraría de este tipo de inconvenientes.

La mejoría asociada a los psicofármacos no debe entenderse como evidencia de la causalidad biológica, funcionaría a modo de dopaje que aumenta el rendimiento, pero es el individuo y sus circunstancias las que moldean la condición «atlética» principalmente (Pérez,2003).

### **2.5. 2. PSIQUIATRÍA NO NATURALISTA: SØREN KIERKEGAARD**

El enfoque no naturalista puede ser representado por la figura de Kierkegaard. El danés apela al concepto de ansiedad o *angst*, la angustia, estado de ánimo que no es meramente un síntoma psiquiátrico, sino un estado esencial de la mente que no es susceptible de ser eliminado. Según el Sócrates del norte, es un estado constitutivo del ser humano, del que no podemos desprendernos. Junto con Heidegger (quien llega a considerar la ansiedad como una forma especial de acceder al conocimiento) y otros existencialistas, creen que la ansiedad y la depresión ilustran las limitaciones de un enfoque estrictamente naturalista. El hombre es más que la suma de su dimensión biológica y su dimensión social, es un ser libre. La autorreflexión, no puede reducirse a algo físico, mental, o a una interacción pasiva entre los dos, es un elemento integral del ser humano. Los naturalistas solo distinguen entre fenómenos mentales y somáticos, Kierkegaard añade la dimensión del yo, característica constitutiva de los hombres, siendo la angustia un estado de ánimo fundamental, distintivo del humano. Nos hace comprender las «posibilidades de la libertad». De esta idea deriva el punto de vista hermenéutico: los pacientes deben ser guiados por la autorreflexión, no ser tratados de manera unilateral por los médicos. Con esta postura, podemos ver cómo el posicionamiento ante interrogantes filosóficos tiene efectos prácticos. Heidegger y Kierkegaard no niegan la importancia de las ciencias naturales, sino que sitúan en otro plano la angustia. Al considerar la ansiedad y la depresión características constitutivas de los seres humanos, el tratamiento farmacológico es una violación integral del paciente. Los fármacos deberían limitarse a las enfermedades, siendo solamente defendible si el paciente aboga por elegirlo libremente.

Con todo lo que hemos visto hasta el momento nos parece escabroso postular una definición de trastorno mental. El trastorno va acompañado de padecimiento y sufrimiento, en la mayoría de ocasiones, por no decir en todas. No enferma un órgano, sino que es la persona en su conjunto la que sufre. Tiene un punto de drama, de tragedia, de crisis. Este enfoque es mucho más humano, capaz de abarcar la complejidad del individuo sin simplificarla, porque lo humano no se ciñe a lo bioquímico, o al menos no solo se circunscribe a dicho plano. A continuación, veremos qué ocurre cuando no se considera al individuo en su totalidad, cuando la definición de trastorno empleada y el criterio a seguir no son fuertes y precisos y cuando los profesionales de salud mental pierden toda empatía por el usuario. De esa pérdida de empatía, de esa carencia de reconocimiento, surge la tradición antipsiquiátrica.

### **3. ANTIPSIQUIATRÍA**

El concepto «antipsiquiatría» fue creado por David Cooper para describir una experiencia, en un pabellón de un hospital psiquiátrico en Londres, refiriéndose a una alternativa a la violencia institucional, cuestionando el hospital, trascendiendo la comunidad terapéutica con el fin de proporcionar un clima de libertad para los pacientes, sin opresión ni restricciones (Desviat, 2006)). Sirvió para designar un movimiento político de impugnación frente a la disciplina psiquiátrica, cuyo desarrollo ocurrió entre 1955 y 1975. Muchos psiquiatras y filósofos a lo largo del mundo se adscribieron de una manera u otra a la antipsiquiatría: Cooper, Laing, Szasz, Basaglia, Antonucci, Foucault...etc. Por motivos de extensión solo expondremos las ideas de algunos de ellos, críticas con los esfuerzos patologizante de la diversidad humana que ejerce la psiquiatría. Con dicha exposición buscamos explicitar las similitudes y diferencias entre ellos. Concluiremos este apartado con aquello que consideramos con mayor relevancia para el mundo de la salud mental y la búsqueda del mayor bienestar posible para los aquejados por los padecimientos mentales, los locos, los trastornados, los psiquiatrizados...

El enfoque estrictamente biologicista en psiquiatría es tan peligroso como ingenuo, pues sostiene que personas con condicionantes sociales o problemas emocionales están mentalmente enfermas. Además, aún no ha podido establecerse con claridad donde se encuentra la frontera entre salud y enfermedad en el ámbito de lo mental, lo que sitúa a este saber en una posición carente de credibilidad, legitimidad y autoridad científica (Pérez- Soto, 2012). Veamos a los principales autores de la tradición antipsiquiátrica.

### **3.1 LAS FASES DE LA ANTIPSIQUIATRÍA**

Las decisiones y comportamientos humanos desajustados a los prejuicios sociales no pueden ser explicados por disfunciones cerebrales en su totalidad. El modelo biomédico, estrictamente naturalista, es criticado por la tradición antipsiquiátrica, pero dentro de esta podemos encontrar tres vertientes. La primera, la de Franco Basaglia y la más conocida, tiene por objetivo la transformación y apertura de los hospitales psiquiátricos, con la finalidad de eliminarlos y que fue la base de la Ley 180, del 13 de mayo de 1978. La segunda es un intento de interpretar las concepciones psiquiátricas de forma distinta limitando la función represiva del psiquiatra sin llegar a eliminar su función de profesional de la salud. En esta línea encajan autores como Laing, Cooper o Szasz. Antonucci se adscribe a la tercera vía de la tradición antipsiquiátrica que el mismo denomina como «no-psiquiatría» desde la cual la psiquiatría es una ideología sin contenido científico que aniquila a las personas sin esforzarse por comprender las vicisitudes vitales individuales y sociales para defender a las personas, cambiar la sociedad y generar una cultura verdaderamente nueva. Veremos también la posición de Michel Foucault, quien es un antipsiquiatra *sui generis*, acerca de las relaciones de poder en el asilo.

### **3.2. DAVID COOPER Y EL ORIGEN DE LA ANTIPSIQUIATRÍA**

En *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Cooper se esfuerza en analizar denodadamente la esquizofrenia, poniéndola en contexto, indagando en cómo se etiqueta así a una persona,

quién etiqueta y cuál es el significado para el etiquetador y para el etiquetado. Según Cooper, la persona es invalidada tras la etiqueta, convirtiéndolo en un inválido, y afectando directamente al trato que los demás tienen hacia él. La psiquiatría actuaría como un área de invalidación sistemática del paciente y su método es la violencia ejercida en la institución. La esquizofrenia no es otra cosa que una crisis microsocia en la cual la experiencia de la persona se ve invalidada por otros individuos que utilizan la rotulación (basada en la intersubjetividad) para oprimir al sujeto. La intencionalidad del acto del paciente es negada de tal forma que su conducta tiene la forma de un proceso «puro», desvinculado de la realidad, aunque el paciente las experimente como reales. Al llegar a ese punto, según Cooper, el paciente imagina una representación de las fuerzas que actúan en él (la Iglesia Católica, el partido Comunista, los cuáqueros...) Las definiciones en salud mental son establecidas mediante convenciones y la violencia, para Cooper «es una acción corrosiva de la libertad de una persona sobre la libertad de otra» (Cooper, 1985). También hace énfasis en el impacto de la familia, de la madre y el doble vínculo que se establece en las relaciones, pero no entraremos en detalles. Lo esencial para Cooper es que el paciente mental, cuando es etiquetado y por ende cosificado, debe cumplir con la pasividad que se le atribuye a su rol. El lecho de Procusto de los prejuicios de los trabajadores del psiquiátrico lo espera durante su internamiento, debiendo ajustarse a ellos por mediación de la mutilación personal. Tras haber sido rechazado por la sociedad, se ve absorbido por el asilo y se difumina como persona identificable. Esta es la verdadera violencia psiquiátrica para Cooper. Cabe reseñar que Cooper no apoyaba la eliminación total de la psiquiatría, sino una transformación radical: el personal de las unidades debe ser liberado del sistema de dominación del escalafón, de la jerarquía y del paternalismo.

### **3.3. FRANCO BASAGLIA Y LA INSTITUCIÓN NEGADA**

Basaglia consideraba muy importante la participación de todos los miembros de la comunidad sin pretender crear una realidad artificial que no tenga en cuenta el estatus del enfermo, asaz distinto al del enfermero. El enfermo es un hombre sin derechos, y esa realidad es la que se discute. Cuando nos relacionamos con individuos con etiquetas psicopatológicas,

nos relacionamos de maneras particulares. Sería la ciencia, al servicio de la clase dominante quien decidió que el enfermo mental es incomprensible, imprevisible y peligroso e imponiendo como solución el internamiento y la muerte civil del sujeto. Se opone a la cosificación de los enfermos, acentuando la relevancia de la humanización en el ámbito psiquiátrico. La defensa de la institución radica en la pseudonecesidad de los enfermos mentales de ser cuidados (como si no fuese necesario cuidar en ninguna ocasión). El médico es un ser omnipotente y su omnipotencia es conferida por el paciente. Basaglia agrupa el asilo con otras instituciones, como la escuela, la universidad, la fábrica, y la familia, instituciones basadas en la opresión, la violencia y la exclusión. En ellas hay operarios que buscan mistificar la violencia mediante la técnica, pero que reproducen los mismos esquemas opresivos sobre aquellas pobres almas que las frecuentan.

El italiano no considera que la psicoterapia individual o de grupo sean alternativas operantes debido al clima de vigilancia de los hospitales tradicionales y al ambiente de paternalismo de hospitales con concepciones humanitarias. Esta última opción parecería, *a priori*, la solución a los males que buscamos, pero Basaglia no cesará hasta encontrar lo que considera su particular bálsamo de Fierabrás: la recomposición absoluta de los roles, la ruptura total de las estructuras y cualquier tipo de relación vertical entre profesionales de salud mental y enfermos. Esta posibilidad solo puede darse con un cambio de sistema socio-económico, pues este es quien proporciona las bridas y las cadenas. Una revolución obrera en toda regla, en un ámbito diferente a la lucha del proletariado. Basaglia quizá esté entremezclando dos planos que, si bien no dudamos de que tengan relación, no se pueden reducir el uno al otro: ¿en un sistema alternativo los trastornos mentales no existirían? La locura tampoco sería un producto social, sería una expresión de lo biológico, lo social y lo psicológico. Nos encontramos perplejos entonces ante la posibilidad de solucionar este embrollo con esa disgregación de estructuras. Si el hombre fuese libre, podría combatir su locura, y la libertad sería para ganarse el sustento. En caso de que Basaglia tratase de colgarle al capitalismo la vitola de única causa de los trastornos mentales, hasta el Cándido de Voltaire encontraríamos un trecho muy estrecho, pero no parece ser el caso. La locura se hace más evidente en el capitalismo, se ve agudizada, porque el ambiente no es favorable. Da la sensación de que

Basaglia confía en un sistema ideal como principal herramienta para lidiar con la salud mental. Desde nuestra perspectiva no creemos que en ningún sistema político la cuestión pudiera ser soterrada del todo.

Compartimos en gran medida su postura acerca del diagnóstico objetivo. Las etiquetas son juicios terapéuticos bajo apariencias de juicio técnico especializado, que en muchas ocasiones (para nosotros, en ciertas ocasiones), disimulan la discriminación ejercida. Según Basaglia, el paciente pierde esas etiquetas (catatónico, peligroso, neurótico, obsesivo...) cuando entra en un contexto que lo respeta. No se plantea la posibilidad de que esas etiquetas (pese a que ninguna etiqueta sea meramente descriptiva) puedan ayudar en estas disciplinas, o en otras aledañas como la psicología de las diferencias. Para «el filósofo» Basaglia, como se referían a él algunos, la clave no es otra que el establecimiento de una relación de igualdad en la clínica, tesis a la que también nos adscribimos. Así, la relación se viviría de otra manera, sin que en toda relación médico-paciente hubiera un sujeto dominador y otro dominado. ¿La *episteme* del profesional no sería entendida como poder, en términos foucaultianos, no sería un óbice en un trato de relación vertical? No para Basaglia, la psicoterapia no sería meramente una técnica de dominio, sino una relación entre médico y paciente, que puede ser opresora o liberadora.

#### **3.4. THOMAS SZASZ Y EL MITO DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

Szasz se muestra totalmente en contra de incluir las enfermedades funcionales en la misma categoría de las enfermedades estructurales. Tiene una convicción firme con respecto a los fenómenos psicopatológicos, que bajo su criterio se parecen más a problemas lingüísticos que a enfermedades y por ello no podemos hablar de tratamiento ni de cura. Se produce un terrible error desde un punto de vista científico e intelectual cuando clasificamos como enfermos a individuos que no lo están. Sostener que los individuos perturbados son enfermos mentales acarrea un peso oculto, que los mueve a experimentar la incapacidad que el cambio semántico y social les proponía para rescatarlos, dejándolos desvalidos. Para más inri, no podemos considerar la enfermedad mental como un constructo de carácter verdaderamente

científico pues la evolución de los diagnósticos varía en función de las demandas sociales y culturales (Vásquez Rocca, 2009)

A su juicio, se produce una confusión en la medicina y la psiquiatría contemporáneas. Al principio la clase enfermedad se creaba a partir de unos pocos ítems que integraban esa clase y que compartían una condición común, a saber, un estado estructural o funcional alterado en el organismo humano. Paulatinamente se fueron añadiendo nuevos ítems a la clase original, pero no fueron agregados por ser trastornos orgánicos descubiertos posteriormente, sino mediante nuevos criterios: la incapacidad y el sufrimiento. De esta manera estados como la histeria, la hipocondría, la neurosis obsesivo-compulsiva y la depresión fueron entrando en la categoría de enfermedad. Finalmente, los médicos, especialmente los psiquiatras, comenzaron a llamar enfermedad a cualquier cosa que permitiese detectar algún signo de disfunción con base en cualquier clase de norma. La agorafobia, la homosexualidad, el divorcio, el delito, el arte, las posturas políticas indeseadas, entre otras tantas, pueden ser signos de enfermedad mental.

La psiquiatría trata de las comunicaciones, o de la conducta de utilización de signos, y no de las enfermedades mentales. El problema principal es que las explicaciones fisicalistas tienen un peso exorbitante en las explicaciones de otras disciplinas que gozan de mucho más prestigio y los psiquiatras tienden a analogar su disciplina con otras fisicoquímicas, donde el puro naturalismo impera. Szasz considera que la alternativa al enfoque médico-fisicalista de la enfermedad mental pasa por una sustitución urgente de los modelos y perspectivas dominantes por otros nuevos adaptados a problemáticas psicológicas, éticas y sociales. Resulta cuanto menos curioso cómo en círculos psiquiátricos organicistas se defiende la idea de que meramente las psicosis son consecuencia de enfermedades cerebrales desconocidas hasta el momento, mientras que otros problemas vitales menores, sin manifestaciones tan espectaculares como las psicosis clásicas, serían de naturaleza psicosocial. Esto parece ser una expresión de deseos o prejuicios más que una hipótesis científica verdaderamente potente.

Según Szasz, los hombres aprenden cómo ser enfermos mentales aprendiendo reglas de dos juegos, en el primero, un juego de ayuda a incapacitados, enfermos o débiles en la infancia y el segundo de ofrecimiento de ayuda a estos mismos, proveniente del corpus de las religiones dominantes en el mundo occidental. La relación entre enfermo y médico se fundamenta en reglas de juego tácitas, de acuerdo con las cuales el enfermo tiene derecho a tratamiento o ayuda por su incapacidad. El enfermo mental personifica un rol de forma satisfactoria, con representaciones teatrales convincentes en las que el público confunde su rol con su identidad real. Los trastornados personificarían roles de desvalimiento, desesperanza o debilidad cuando sus verdaderos roles implican frustraciones, desdichas y condiciones producidas por conflictos interpersonales, éticos o sociales. La solución radica en abolir las categorías de conducta sana y enferma y el prerrequisito de enfermedad mental que exige la psicoterapia, lo que entraña reconocer que tratamos a las personas no por una enfermedad, sino porque o bien desean la asistencia, o tienen problemas vitales que dominar o porque queremos y somos capaces de participar en su cambio de conducta debido a nuestro rol profesional.

### **3.5. LAING, LA ANTIPSIQUIATRÍA Y EL YO DIVIDIDO**

En su período en Glasgow, trabajando de psiquiatra en un hospital de la ciudad, acumuló observaciones sobre el comportamiento de esquizofrénicos crónicos, descubriendo que el trato humano producía grandes resultados en esta clase de pacientes, cuya esquividad e indiferencia ante el entorno puede basarse perfectamente en el maltrato por parte del terapeuta. Desde 1964 Laing se adhiere a una interpretación de la esquizofrenia no totalmente original, pues previamente Gregory Bateson había introducido una posición similar, pero que se ha identificado como su aportación personal más importante en este campo: la consideración de la esquizofrenia no como incapacidad psiquiátrica, sino como fase de un proceso de curación psíquica, que conlleva tanto una experiencia en el reino de la «hipercordura» como un potencial destructivo de la autodestrucción existencial. El giro de Laing hacia el elogio de la esquizofrenia vino propiciado por dos evoluciones de su pensamiento ciertamente paradójicas, pues su lenguaje se vuelve tanto más comprometido a nivel social como más místico. Este misticismo parte de la insistencia en que toda experiencia

humana es potencialmente válida, no a favor de la no injerencia en los delirios del esquizofrénico. Aquí aparece la concepción de la experiencia esquizofrénica como una impugnación de los criterios convencionales del mundo en relación con lo que se considera cordura o locura. La psicosis como forma superior de cordura, como una bendición que abre camino. Según Laing un hombre del que se dice que está engañado puede estar diciendo una verdad, no de manera equívoca o metafórica, sino de manera directa y literal, en virtud de una mente alternativa que permite la penetración de una luz que no atraviesa las barreras de personas supuestamente cuerdas, que tendrían la mente cerrada. En palabras de Jaspers, es probable que el profeta Ezequiel fuera esquizofrénico. En definitiva, según Laing la realidad psicótica es en esencia un adversario temible contra la realidad definida por lo normal y lo cuerdo.

En *El yo dividido* libro, Laing estudia las personas esquizofrénicas o con trastornos derivados, intentando hacernos ver cómo funciona la locura y el proceso de volverse loco. Se apoya principalmente en autores de la filosofía existencialista, como Kierkegaard, Jaspers, Heidegger, Sartre, Binswanger o Tillich. Se encuentra con grandes dificultades a la hora de demostrar la importancia de la condición de los pacientes cuando percibe que las palabras para referirse a ellos se utilizan para aislar y circunscribir el significado de su vida a una determinada entidad clínica. Por otra parte, el psiquiatra clínico que busca ser científico y objetivo ignora que en su objetivo de limitarse a la conducta observable no tiene en cuenta que ver «señales» de enfermedad no es ver con neutralidad. Las acciones que serían entendidas como tales «señales» de enfermedad nos encontramos que una imposición inconsciente de nuestras categorías de pensamiento sobre el paciente, con una actitud que con toda probabilidad imposibilita el entendimiento del mensaje que nos trata de transmitir. La comprensión de lo que alguien se propone expresar se encuentra con tres grandes óbices en el ámbito clínico: el esfuerzo por descubrir anomalías en el habla, la explicación de lo que alguien dice en función de cómo sus células cerebrales o estructuras funcionan o el intento de averiguar por qué, en función del pasado y los antecedentes económicos dicha persona dice lo que efectivamente está diciendo. Contemplar y oír a un paciente y ver señales de esquizofrenia en cuanto a enfermedad y contemplarlo en tanto en cuanto a humano es

percibir de manera diametralmente opuesta, al igual que, en términos gestálticos, se ve primero el jarrón y luego las caras o viceversa.

En opinión de Laing, los problemas que acaecen en los trastornos derivados de la esquizofrenia provienen de una inexistencia parcial o casi completa de la posición existencial que llama seguridad ontológica primaria. Si se goza de esta seguridad, las circunstancias vitales corrientes no constituyen una amenaza hacia la propia existencia de uno, por el contrario, si no se alcanzan conforman una amenaza permanente mortal.

### **3.6. GIORGIO ANTONUCCI Y EL PREJUICIO PSIQUIÁTRICO**

Giorgio Antonucci fue un psiquiatra italiano que estudió medicina en las universidades de Florencia y Siena. Trabajó como médico en el Hospital Psiquiátrico de Gorizia, dirigido por Franco Basaglia y también en el centro de salud mental de Castelnuovo ne' Monti, movilizándolo a la población contra el manicomio. Desde 1973 hasta 1996 se dedica al desmantelamiento de pabellones de los manicomios Osservanza y Luigi Lolli en Imola. A partir de 1996 siguió trabajando por la liberación de las personas de la psiquiatría. Su primer libro fue *El prejuicio psiquiátrico*, en el que nos centraremos para tener una panorámica de la posición de Antonucci sobre la disciplina psiquiátrica. En la nota editorial de la edición que manejaremos, se comenta que Antonucci demostró que la psiquiatría es uno de los siervos fieles de una sociedad que aísla y anula, construyendo su objetividad sobre prejuicios y que hay otras formas de tratar con las personas «locas», pues la estigmatización del «loco» que va de la mano de los diagnósticos ha de reducirse a la mínima expresión en pos de un trato más humano y de un cambio en la concepción social del trastornado mental. El problema de la psiquiatría es que obvia las circunstancias, no atiende a razones, no pretende aprender. Se queda con un fragmento, con un comportamiento aparentemente injustificado o ideas que transgreden las convenciones sociales o la moral imperante, impidiendo la comprensión de la historia, sin tener en cuenta a las personas. Antonucci basa su antipsiquiatría en los 250 pacientes de Imola «liberados» y en los historiales médicos de personas que viven en los pabellones «abiertos» de Antonucci, ejemplos concretos de la enfermedad mental y crímenes

contra personas indefensas cometidos por un psiquiatra que actúa como ejecutor. Estos historiales tienen diagnósticos falsos o precipitados y los tratamientos son injustificados e infames. Bajo las cadenas de la enfermedad se encuentran historias de marginación, explotación y dramas en diversos contextos. Antonucci arguye que tanto psiquiatras como administradores, partidos, jueces y otras instituciones le atacan por considerar que la base de la psiquiatría se halla en el control de la voluntad de los demás, y no es otro que el paciente quien debe decir por sí mismo.

### **3.6.1. PSIQUIATRÍA Y AUTORIDAD**

Las historias de los pacientes de Antonucci, en sus palabras, tienen el valor de demostraciones científicas que aguardan a ser refutadas. Mientras la psiquiatría siga siendo considerada como una ciencia y el tratamiento psiquiátrico como una terapia, aunque los manicomios sean desmantelados aparecerán con otro nombre y otra forma. El internamiento es un mecanismo que priva a los pacientes de derechos, los degrada a exciudadanos y decreta su muerte civil al no reconocer a otros humanos como humanos. La psiquiatría, de hecho, no podría existir si la intervención autoritaria no fuese su fundamentación última. La psiquiatría surge cuando alguien piensa que debes cambiar tus ideas o conductas. Estas ideas se consideran un trastorno, una enajenación, un problema a erradicar. La cura se ofrece a través de internación, encierro, torturas, medicación, y otros tratos deshumanizantes. Camisas de fuerza, inyecciones de insulina, morfina y otras sustancias, electroshocks, pastillas, castración, duchas de agua fría...pero ni un ápice de afán por comprender y contextualizar. Así nace el manicomio, con el intento de control en las ideas, fantasías y conductas de los individuos.

Los conceptos de sabio o de loco, normal y anormal, sano y trastornado mental se usan por aquellos cuya tarea es mantener la estabilidad del orden establecido.

### **3.6.2. ¿DIVERSIDAD? ALTERNATIVAS EN PSIQUIATRÍA**

Antonucci postula un caso hipotético de alguien que se vuelve loco, que hace cosas que no hacía antes, quiere tirarse por la ventana, ataca a sus familiares, cree que es perseguido o que es el presidente. El antipsiquiatra habla de lo que parece ser los comienzos de un trastorno psicótico como el surgimiento repentino de una «diversidad». El término en cuestión no nos resulta precisamente acertado. El uso de la palabra diversidad en este contexto es cuanto menos provocativo y a lo sumo peligrosísimo. Antonucci esboza una crítica feroz a la psiquiatría, pero no parece negar los problemas psiquiátricos de raíz ni abogar por una eliminación de cualquier tratamiento. Un enfermo mental no solo está oprimido por la sociedad y la institución psiquiátrica pertinente, o no en todos los casos. Es cierto que estos episodios de cogniciones y conductas diferentes que se dan en el paciente no surgen espontáneamente y que por lo general son la manifestación de peticiones de auxilio desesperadas que han sido completamente desatendidas. Ahora bien, una vez que asumimos que, los individuos con trastornos mentales deben ser ayudados, bien sea por una vía psiquiátrica (de medicación y limitación de libertades en pos de la recuperación), bien sea por una vía «antipsiquiátrica» (comprensión, contextualización, diálogo, integración, apoyo emocional, fortalecimiento de vínculos sociales...etc). De esta última manera Antonucci consiguió paliar hasta eliminar el sufrimiento de un hombre que se sentía como un Anticristo, hundiéndolo en una crisis existencial. Afrontaron entre los dos el problema del significado del Anticristo. El hombre se sentía contrario al Evangelio por su comportamiento sexual y su cuestionamiento acerca de su propia moralidad, sosteniendo que el Anticristo puede hacer lo que sea. El hombre, a través del debate sobre la sexualidad y la moral en la tradición religiosas. De este modo superó su «trastorno» a través de un debate en términos reales. Se trataría de pensar desde la validación de lo diverso y desde ese punto abordar las situaciones extremas.

### **3.7. FOUCAULT Y LA LOCURA**

Foucault criticaba a la psiquiatría su pretensión de ser un monólogo de la razón sobre la locura, lo que deja ver en una plétora de trabajos a lo largo de toda su vida (*La invención de la locura*, *Enfermedad mental y personalidad*, *Historia de la locura*, *El nacimiento de la*

*clínica...*), a los que no podemos acceder sin contexto, pues también están conectados al resto de su obra. La locura no existió siempre como entidad, fueron necesarios muchos cambios, de las naves a los hospitales, de los leprosarios a los manicomios, de lo supraterrrenal a lo terrenal, del ostracismo al encierro.... Tanto Foucault como Deleuze y Guattari considerarán que el loco será inventado por la psiquiatría y la internación. La locura puede ser un desvío de sentidos, emociones o razón normal, pero, como muchos antipsiquiatras consideraron, la frontera entre locura y cordura solo es una construcción. El loco es un producto de los sanatorios al igual que el delincuente es producto de la prisión.

### **3.7.1. DESPSIQUIATRIZACIÓN Y ANTIPSIQUIATRÍA**

Se supone que el enfermo en su estado libre no puede aquejarse de una enfermedad que no sea compleja, contra natura, que es la intersección de diferentes enfermedades y óbice para que la enfermedad real se diese auténticamente, por ello se trata de apartar esas formas aberrantes para ver la enfermedad real. Produciéndola finalmente, liberándola. Y para ello es necesario el ingreso hospitalario. El hospital del siglo XVIII era un espacio de observación y demostración, purificación y prueba. Antes de este siglo la locura no era internada, se tenía una concepción diferente, se entendía como error o ilusión. La práctica del internamiento a comienzos del XIX se da en paralelo con un cambio en la concepción de la locura donde ya no se concibe en relación al error sino en relación a una conducta normal, no como juicio perturbado sino como trastorno en la forma de actuar, querer, sentir, y ser libre, no inscribiéndose más en el eje verdad-error-conciencia, sino en el eje pasión-voluntad-libertad.

El papel del internamiento es descubrir la verdad de la enfermedad mental, la locura debe encontrar allí una voluntad recta y pasiones ortodoxas, se ha de someter, por otra parte, el carácter entero de ciertos enfermos. Así aparece la función del hospital psiquiátrico del siglo XIX, lugar de diagnóstico y clasificación. Los grandes médicos del internamiento son aquellos que pueden decir la verdad de la enfermedad por el dominio y saber que tienen sobre ella y también son quienes pueden producir la enfermedad en su verdad y someterla en la realidad por el poder de su voluntad sobre los enfermos. El médico es el amo de la locura,

quien la hace aparecer, la apacigua y la reabsorbe tras haberla desencadenado diestramente. Charcot producía la crisis de historia que describía y aquí tenemos un equivalente del descubrimiento de Pasteur, pues es el médico quien transmite las enfermedades que *a priori* trata de combatir.

La psiquiatría moderna está atravesada por la antipsiquiatría, entendida por todo aquello que duda del papel del psiquiatra encargado anteriormente de generar la verdad de la enfermedad en los hospitales.

El movimiento de despsiquiatrización aparece inmediatamente después de Charcot. No busca anular el poder del médico sino desplazarlo en nombre de un saber mas preciso, dándole una forma innovadora de aplicación, con nuevas medidas, aumentando la eficacia del poder médico que la imprudencia de Charcot había reducida al mínimo produciendo enfermedades falsas.

La primera forma de despsiquiatrización aparece con Babinski. Aquí el objetivo no es producir la verdad de la enfermedad, sino tratar de reducirla a su estricta realidad. Se trata de reducirla al mínimo, a los signos necesarios y suficientes para que pueda ser diagnosticada y tratada.

Una segunda forma de despsiquiatrización se trata de intensificar al máximo la producción de la locura en su verdad pero de manera que las relaciones de poder entre médico y enfermo se impliquen en esa producción, adecuándose a ellas, sin ser desbordadas e incontroladas. Se han de sacar todos los efectos propios del espacio de internamiento, impidiendo que la obediencia hospitalaria se burle de la autoridad médica y que la ciencia médica se envuelva de los mecanismos que ella habría producido, aunque de manera involuntaria.

Se han de establecer una serie de reglas: del cara a cara, del libre contrato entre el médico y el enfermo, de la limitación de todos los efectos de la relación a solo el nivel del discurso, de la libertad discursiva y del diván. Finalmente, se podía descifrar al psicoanálisis como forma

de despsiquiatrización producida por Charcot; el pago de dinero es una manera de impedir que la producción de verdad devenga un contrapoder que obstruya, aniquile, acabe con el poder médico. Podemos concluir que la despsiquiatrización se compone de la psicofarmacología y del psicoanálisis, los cuales dependen de una sobremedicalización de la locura.

Las formas de despsiquiatrización son conservadoras del poder, y a ellas se opone la antipsiquiatría. Se trata de una destrucción sistemática a través de trabajo interno, transfiriendo al enfermo el poder producir su locura y su verdad en vez de buscar destruirla. Las relaciones de poder constituyen el *a priori* de la práctica psiquiátrica: condicionaban el desempeño de la institución de encierro, distribuyendo en ella las relaciones entre individuos, dominando las formas de intervención médica. La antipsiquiatría invierte estas relaciones, las sitúa en el centro del campo problemático y las cuestiona de manera primordial.

En esas relaciones de poder se hallaba implícito el derecho absoluto de la no locura sobre la locura, derecho dado en términos de competencia efectuada ante una ignorancia de acceso a lo real que corrige anomalías de la normalidad. La antipsiquiatría busca romper ese círculo, dándole al individuo la tarea y el derecho de continuar con su locura, llevándola al límite, en una experiencia a la cual los demás pueden contribuir pero nunca en nombre de un poder que les sería conferido por su razón o su normalidad, dividiendo las conductas, sufrimientos o deseos del estatuto médico que se les había dado, invalidando la gran traducción de la locura como enfermedad mental que se había producido desde el siglo XVII hasta el XIX.

### **3.7.2 . EL PODER PSIQUIÁTRICO**

Foucault propone el poder psiquiátrico para el año 1973 como temática a exponer en los cursos del *Collège de France*. Para Foucault, la instancia médica aparece antes como poder que como saber. Es con un texto de Esquirol como el saber psiquiátrico entra dentro de la medicina y gana independencia como especialidad. En la relación psiquiátrica, el médico es un cuerpo esencialmente, una presencia física, una asimetría del poder, poder que se

constituye en el cuerpo del médico. Aunque no solo el médico ejerce poder, también los vigilantes, que informan sobre los enfermos, y también los sirvientes, que simulan un servicio, obedeciendo órdenes en apariencia, pero informando al vigilante, quien a su vez informa al médico. Hay un sistema de diferencias y jerarquías, una disposición estratégica que posibilita el ejercicio del poder. Esta disposición se produce porque en el espacio asilar se da un problema de vencedores y vencidos, de conflicto bélico. Quien debe dominarse y perder ha de ser el loco. Desde el asilo se trata de reducir la fuerza que define al loco, fuerza que se manifiesta como furia, como instintos o pasiones, como manía o como melancolía.

La curación es el sentimiento de la fuerza, la terapia busca domesticar al loco, estableciendo una dependencia del loco hacia un hombre que ejerce un influjo sobre sus delirantes ideas. La batalla es el acto terapéutico principal en esta protopsiquiatría. En esta época la psiquiatría y la medicina son irreductibles a lo que ocurre en la misma época en medicina.

Foucault plantea la posibilidad de un análisis de la situación desde una perspectiva distinta a la postulada en *Historia de la locura*, partiendo no de la historia de las mentalidades y del pensamiento, sino del dispositivo de poder como instancia que produce discurso. Foucault entonces busca examinar la relación entre el dispositivo de poder y el discurso de verdad.

### **3.7.3. LA PSIQUIATRÍA: ¿MERAMENTE UNA CUESTIÓN DE RELACIONES DE PODER?**

En *Historia de la locura en la época clásica* vemos la evolución histórica de las concepciones de la locura y lo que nuestra concepción actual de la misma recibe del clasicismo. En *El poder psiquiátrico*, Foucault aporta una visión diferente, cuyo centro de gravedad son las relaciones de poder de la práctica asilar. La importancia del poder y de la biopolítica en Foucault se perciben en muchos de sus trabajos, no podemos olvidar las conexiones que hay a lo largo de toda la obra, también con *Vigilar y castigar* o *Historia de la sexualidad*. El análisis exhaustivo del poder y sus mecanismos con los leitmotiv de la obra del francés. Si bien es cierto que la perspectiva foucaultiana comulga con visiones terapéuticas de análisis integral de los pacientes de salud mental, cabe preguntarse si algunas de sus afirmaciones

deben ser tomadas al pie de la letra, por ejemplo, la asunción de que son las instituciones y los médicos los que crean la locura y los locos. A nuestro juicio, siendo imprescindible para cualquier profesional de la salud conocer la obra de Foucault, sin una perspectiva crítica sobre sus posiciones filosóficas quizá tengamos el riesgo de caer en un constructivismo demasiado laxo, en una pendiente resbaladiza que nos lleve a negar la existencia de los trastornos mentales. Los profesionales de salud mental pueden haber sido la causa del sufrimiento o intensificadores del mismo, sin embargo, preferimos pensar que están para ayudar al enfermo, para tratar de eliminar o paliar el sufrimiento. Leyendo a Foucault solo podemos pensar en las cuestiones taxonómicas, nosológicas o etiológicas de los trastornos en salud mental, en el estigma y la destrucción del individuo, sin posibilidad de concebir la relación terapeuta-paciente de otra manera. Quedándonos en el plano de las relaciones del poder y de la *episteme* como poder, sin tener en cuenta muchos más factores y precisar, afilar las posiciones que subyacen al ejercer del psiquiatra o el psicólogo, surgen movimientos que consideran que estos profesionales son opresores, extrapolarlo de manera peculiar la parábola hegeliana del amo y el esclavo. Además, como indica Francisco Erice (2020), la tesis foucaultiana del poder/saber termina en un enfoque contradictorio en el que cualquier acto de conocimiento es identificado con la dominación. No podemos rechazar, ni mucho menos, la obra de Foucault, de hecho, su análisis es vital, puesto que el médico crea discursos de verdad ciertamente, no obstante, no podemos reducir la práctica médica de salud mental a relaciones de poder.

### **3.8. ANTIPSIQUIATRÍA EN LA ACTUALIDAD: POSTPSIQUIATRÍA Y *MAD STUDIES***

La psiquiatría parece permanecer en un eterno presente porque cada una de sus épocas se concibe a sí misma como la verdadera fundación de la disciplina, sin que se pueda constatar una historia de progresos o avances acumulables como sí hay en otros campos (Pérez Soto 2012). El discurso de la psiquiatría actual, de corte biológico, absolutamente hegemónico, reduce la complejidad del sufrimiento a un modelo extremadamente simple: síntomas, diagnóstico y tratamiento (Ortiz y Huertas, 2018). Debe cambiarse el modelo, sustituyendo la jerarquía por la horizontalidad y esto incluye también la revisión de las etiquetas

diagnósticas. Quedan reminiscencias de la antipsiquiatría en la actualidad y, como Cea Madrid y Castillo sostienen (2018), el poder de la locura y el legado de la antipsiquiatría permanecerán vigentes para prefigurar una sociedad respetuosa de las diferencias y consciente de la diversidad.

Siguiendo a Ortiz y Huertas (2018), los movimientos antipsiquiátricos contemporáneos trascienden las críticas de sus antecesores, llegando a objetar el propio saber psiquiátrico, atacando el baluarte de esta nueva fase de la psiquiatría: la medicalización. En la actualidad, las críticas ya no se detienen en las relaciones entre saber y poder en las instituciones, sino que son aún más generales, con una nueva antipsiquiatría que niega la existencia de «enfermedades» y propugna la abolición de la psiquiatría.

En la actualidad han surgido nuevas formas de aproximación a los fenómenos psicológicos, como los *mad studies*, que utilizan una metodología transversal en la que se interrelacionan la medicina, la psiquiatría, la psicología o el trabajo social con la sociología, la antropología, la literatura o los estudios culturales (*gender studies*, *disability studies*, *body studies*, *queer studies*, etc.). Suelen caracterizarse por análisis sobre el poder y la proposición de discursos alternativos, particularmente con la voluntad de crear un discurso que ponga en jaque la psiquiatría biológica. A su vez, busca reconocer la importancia de los colectivos de «supervivientes» y de sus actos de reivindicación, acentuando la dimensión ética del ejercer psiquiátrico. A su vez, el papel de la antipsiquiatría es retomado por la «postpsiquiatría», término acuñado por Bracken y Thomas (2001). Se apoya en las ideas de la posmodernidad de finales del siglo XX para poner en tela de juicio el discurso psiquiátrico cientificista. Algunas de sus características son la crítica al realismo, al reduccionismo ontológico y a la tecnologización sin crítica ni ética, reivindicando la interdisciplinariedad teórica y la construcción de conocimiento compartido. La postpsiquiatría remarca la inexistencia de marcadores biológicos en las «enfermedades mentales». A lo largo de la historia se han utilizado conceptos que aluden a experiencias extrañas o sufrimiento psíquico que son provisionales y varían con los tiempos. Lo que busca la postpsiquiatría es eliminar la pretensión de verdad y el dogmatismo de la psiquiatría, sin tratar de reconceptualizar las

definiciones, sino contextualizándolas. Asimismo, trata de fomentar una relación terapéutica concebida como un vínculo más horizontal y democrático, alejado del autoritarismo del profesional. Sitúa el foco en la perspectiva del paciente para favorecer que sus necesidades se hagan visibles, fomenta la participación del usuario, con la psiquiatría buscando legitimación a través de la confianza de la comunidad y no imponiendo una verdad universal. Podríamos enmarcar el Orgullo Loco dentro de las ideas de la postpsiquiatría.

Hemos de reconocer que los movimientos críticos con la psiquiatría reflejan la posición de la antipsiquiatría desde su origen, en el sentido de que según su visión la psiquiatría es coercitiva y estrecha de miras y el foco biológico de la problemática ha conducido a la opresión de muchos grupos. Quizá el objetivo sea recuperar una psiquiatría centrada en el paciente que tenga en cuenta sus necesidades, deseos, creencias y experiencias.

Las etiquetas en salud mental quizás estén diseñadas para ser una ayuda en el diagnóstico, sin embargo, suponen efectos indeseados en la capacidad de los usuarios para participar en actividades sociales. Dejando claro que los aspectos biológicos del malestar psicológico deben ser tenidos en cuenta, no podemos ignorar el papel de las construcciones sociales y culturales.

#### **4. EL ESFUERZO FILOSÓFICO DE MARINO PÉREZ**

##### **4.1. CEREBROCENTRISMO O POR QUÉ EL ENCÉFALO NO LO ES TODO: REDUCCIONISMOS, NEUROIMAGEN Y *CONGREGATIO DE AUXILIIS***

Estudiar el cerebro es complejo, tanto por las diferencias individuales de las estructuras entre un cerebro y otro como la dificultad ostensible de definir los contenidos mentales en términos que puedan ser correlacionados con actividades anatómicas o fisiológicas visibles en el encéfalo. Pérez busca reformular el materialismo imperante en neurociencia a través del materialismo filosófico, sin menoscabar la dimensión física del cerebro pero considerándolo en su contexto. No hay que negar el papel de la neurociencia, hay que situar su papel desde

una perspectiva holística que tenga en cuenta tanto al cerebro ,como a la conducta, como a la cultura, rechazando el monismo materialista neurocientífico. No es de recibo seguir creyendo en el cerebro como maquinaria controlada por un homúnculo, personificando al cerebro, incurriendo en la falacia mereológica (atribuir a las partes de un organismo los atributos aplicables a un todo). Sería, de esta manera, una especie de prosopopeya del cerebro (Ongay,2011).

En la actualidad, disponemos de una gran variedad de técnicas de neuroimagen para estudiar el cerebro, entre ellas el electroencefalograma, el magnetoencefalograma, la tomografía por emisión de positrones (TEP), la resonancia magnética funcional (Mf) y la estimulación magnética transcraneal (EMT). En rigor, estas técnicas miden el flujo sanguíneo determinado por el nivel de oxígeno en sangre y que es tomado como indicador de actividad neuronal. Los fenómenos psicológicos no se ven, ni la representación mental de lo que hacen las personas en sus vidas, solo correlatos, lo cual no es baladí para entender cómo funciona el cerebro, pero poco nos dice acerca del funcionamiento de los seres humanos. Las neuroimágenes no tienen validez en psiquiatría pese al aumento de su uso en neurociencia. Inclusive puede darse el caso de que las neuroimágenes fomenten un modelo de enfermedad propio, creando un modelo *ad hoc* de enfermedad que delimita el fenómeno en función de sus criterios, recortando el fenómeno, reduciéndolo al método. Parece ser que hasta la compleja disputa entre libre arbitrio y determinismo puede explicarse en términos de neuroimagen, según el neurofisiólogo estadounidense Benjamin Libet. Luis de Molina y Domingo Bañez no disponían de las herramientas necesarias para solventar por vía rápida la disputa. Habermas (2006) no está de acuerdo con esta conclusión reduccionista y nosotros tampoco, pero no entraremos en los argumentos. La cuestión es, sencillamente, que no todo puede reducirse a una explicación cerebrocentrista, como si el cerebro construyera el mundo o la libertad fuera un fantasma derivado del encéfalo, como si del genio cartesiano se tratara. Los procesos neuronales del experimento forman parte del sistema de la persona que realiza la acción. Suponer que las neuronas deciden algo es como suponer que los músculos de la pierna derecha de un conductor son los que deciden frenar.

#### **4.2. COCONSTRUCTIVISMO BIOCULTURAL, EL ERROR DE DAMASIO Y LOS TRES GÉNEROS DE MATERIALIDAD**

Con el paradigma filosófico monista incurriremos en la falacia mereológica donde el cerebro adopta los atributos de sujeto o de la mente. Otra opción a descartar es el dualismo cartesiano, esa polaridad entre mente y cuerpo, que acepta implícitamente un mentalismo al que se han enfrentado los conductistas durante décadas y cuyo uso en la psicología o psiquiatría actuales es recriminable por metafísico. Se requiere de un materialismo plural que confronte estas posiciones, una filosofía opuesta al dualismo y al monismo, de cuyo círculo no sale la neurociencia.

Para superar a Descartes hay neurocientíficos que se han posicionado de parte del monismo, como Antonio Damasio, quien alude, entre otros, al caso de Phineas Gage para ejemplificar lo que propone (Damasio, 2022). Pérez Soto (2012) señala que el retraimiento, la impaciencia o la irreverencia de Gage pudieron haberse debido a que tuvo que dejar su trabajo y fue exhibido en un circo. Igualmente, fue capaz de trabajar en una caballeriza durante un año y, cansado de la estigmatización, viajó a Chile donde trabajó con ascensores en Valparaíso unos siete años, para volver con su madre cuando se sintió enfermo, falleciendo en California en 1860.

Para Damasio el cerebro crea la mente, el yo y la conciencia. En ocasiones su solución es emergentista cuando sostiene que la mente emerge de la interconexión de regiones cerebrales y en otras ocasiones es monista neutral, donde la sustancia sería una materia neutra, sosteniendo Damasio que mente y cuerpo son procesos paralelos y mutuamente correlacionales. Como señala Vilatta (2017), aunque se acepte una explicación natural sobre el origen de la mente y mantengamos una posición fisicalista, no se sigue de manera necesaria que debamos explicar los trastornos psiquiátricos en términos físicos o causales.

Marino Pérez plantea la doctrina de los tres géneros de materialidad expuesta por Gustavo Bueno en *El ego trascendental* como propuesta ontológica. La complejidad de esta doctrina da cuenta de los problemas de la concepción monista-reduccionista de la neurociencia. El

primer género de materialidad, M1, corresponde a las entidades de género físico. El segundo género de materialidad, M2, designa las entidades de género psicológico. El tercer género de materialidad, M3, hace referencia a las entidades abstractas, como conceptos científicos y matemáticos, el lenguaje, la cultura, las instituciones o las normas. M1 sería el cerebro, M2 es la conducta, y M3 corresponde a la cultura. El cerebro es una variable dependiente, comoldeada por las otras dos. Se codeterminan mutuamente y esto es lo que se conoce como coconstructivismo biocultural, perspectiva que no puede perderse de vista en estas lides. Desde este enfoque se destaca el entendimiento y el estudio del desarrollo ontogenético, los niveles de análisis y formas de herencia (genética, epigenética, conductual...) y la plasticidad cerebral, puesto que el desarrollo del cerebro se ve afectado por la experiencia y el aprendizaje. La solución ante el monismo no sería el dualismo, sino el «trinismo». Podríamos resumir el asunto en un aforismo orteguiano: «el hombre no tiene naturaleza, solo tiene historia». El cerebro humano se da en un mundo, en un contexto, en un ambiente y en unas circunstancias concretas que no pueden desdeñarse, pues sin las influencias sociales el cerebro es débil. La cultura es un trinquete evolutivo y el desarrollo nunca es plenamente genético, sino epigenético. La cultura no está preprogramada, pues si por un casual la escritura fuese olvidada completamente, se tardaría miles de años en producirse su reinención (Pérez, 2011). El nicho de la cultura es «ontogenético» y el aprendizaje social funciona a modo de trinquete, obstruyendo la vuelta atrás.

Por otra parte, Pérez, inspirado en el alma (*psyché*) aristotélica, postula la plasticidad cerebral basada en la ontología buenista tripartita (cerebro, conducta y cultura) como argumento en contra del cerebrocentrismo. Hay ejemplos de todos los colores que apoyan la plasticidad cerebral: el canto de algunos pájaros o el desarrollo del hipocampo en taxistas son solo algunos de ellos.

#### **4.3. LA VERDADERA COMPLEJIDAD DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS: PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA**

Para Pérez los trastornos psicológicos no están dentro ni fuera de nosotros, sino que constituyen una situación dentro de la que estamos. La mente no es concebida como algo interior, sino como una relación. Como hemos visto, esta ontología es relacional y pluralista, no esencialista ni monista, y tiene inspiración heideggeriana (ser en el mundo) En psicología y psiquiatría nada tiene sentido si no tenemos en cuenta la biografía del paciente. Pérez parece tener muy en cuenta el enfoque no naturalista kierkegaardiano y a la tradición existencialista en su visión de los trastornos mentales y de la psicología

#### **4.3.1. PSICOTERAPIA Y PLACEBO: TEPT, EMDR Y LA MUJER DE MOZAMBIQUE**

El Trastorno de estrés postraumático (TEPT) aparece en el DSM definido principalmente por la exposición a eventos traumáticos y la aparición de síntomas asociados. Una de las terapias más efectivas para el tratamiento de este trastorno es la desensibilización y el reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), descubierta por Francine Shapiro. Consiste en estimulación bilateral, generalmente ocular, mientras acuden a la mente del paciente los recuerdos traumáticos. La EMDR es una terapia en toda regla, con eficacia probada a través de ensayos de control aleatorio. El TEPT responde muy bien a esta terapia, aunque hay numerosas terapias psicológicas eficaces en las que el procedimiento es diferente. El quid radica, según Pérez, en que el TEPT es la forma occidental de concebir el trauma (con origen en el reconocimiento y resarcimiento de los traumas de los veteranos de Vietnam). Con el tsunami de Sri Lanka, los terapeutas insistían de forma recurrente en que los supervivientes dejaran de ayudar y se centrasen en sí mismos. Finalmente, los supervivientes no tuvieron trastornos de estrés post-traumático ni necesitaban terapias psicológicas o medicación. La cultura indígena local, con raíces budistas, junto con apoyos comunitarios y servicios sociales de atención fueron los apoyos necesarios que funcionaron realmente.

Para Marino, el funcionamiento de la EMDR se debe a que su eficacia coincide con la propia estructura (procedimientos y discurso) de la terapia de la que forman parte los movimientos oculares y la estimulación bilateral. Lo que pretende decir es que el efecto de esta terapia se

debe más al ritual que al reprocesamiento del recuerdo. La EMDR puede funcionar en cualquier sitio a medida que la acompañan los instrumentos y procedimientos, porque los fenómenos no son independientes de ellos.

En cada sociedad se dan unos recursos concretos para abordar el sufrimiento, con diferencias de abordajes (de la comunidad al individuo o del terapeuta al individuo). En el caso de una mujer de Mozambique tras la guerra, a una mujer enferma y traumatizada por un secuestro se la apoyó en comuna. Los miembros la ayudaban con comida, medicinas, ánimos, llamaron a músicos, decoraron un espacio con linternas y telas, le prepararon un baño ritual y después la pusieron en el suelo y se reunieron con ella. Después la levantaron y le hablaron de renacer y le dieron la bienvenida a su nueva vida. Para Pérez, habiendo diversas psicoterapias eficaces para el TEPT en las que suida la relación terapéutica es razonable pensar que la ayuda proviene más bien de la estructura de la terapia. En la EMDR ocurriría lo mismo, con movimientos oculares de por medio: la esencia de la terapia será la ceremonia. Toda terapia puede entenderse como un rito de paso de mejora.

Pérez denuncia la promoción (o venta) de enfermedades (*disease mongering*), concepto que ya hemos explicado anteriormente. Algunos ejemplos, desde su perspectiva, serían el mencionado TEPT, la ansiedad social, el trastorno de pánico o el trastorno bipolar y surgirían tras la recalificación de condiciones invadidas por la industria (la timidez, los síntomas somáticos de la ansiedad, la recalificación de la psicosis maníaco-depresiva). Aparecen trastornos *ad hoc*, que pueden ser tratados perfectamente con Paxil, Xanax o Prozac o el producto de turno que le interese a la industria farmacéutica.

#### **4.4.¿MEDICACIÓN O PSICOTERAPIA?**

##### **4.4.1. PSICOFARMACOLOGÍA Y SERENDIPIAS AD HOC**

Pérez indica que la medición con la que se compara la psicoterapia y la medicación se ha hecho en múltiples ocasiones y en ella se observa que la psicoterapia es tanto o más eficaz

que la medicación para la gran mayoría de trastornos, con ventajas en la duración postratamiento y la evitación de efectos tóxicos. Analiza *a posteriori* las consecuencias de una psiquiatría basada solamente en la medicación. En primer lugar, el triunfo de la medicación provocó una crisis en psiquiatría, en segundo lugar, la medicación, de producir beneficios, solo los genera de acuerdo con el modelo dado en la propia psiquiatría y, finalmente, la medicación a largo plazo tiene efectos extrapiramidales que deben ser tenidos en cuenta. La crisis proviene del curioso lugar epistemológico que la psiquiatría ocupa, como se da también en psicología. Las bases neurobiológicas de las condiciones clínicas para las que se prescriben fármacos no han sido establecidas aún (y a nuestro modo de entender, *ignoramus et ignorabimus*). Como hemos visto, no podemos soslayar otras dimensiones que conforman la conducta humana, no solo somos un plano biológico a secas. Para más inri, antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos fueron descubiertos por casualidad, sin haber utilizado las estrategias actuales de descubrimiento de medicamentos (Pérez y González, 2007). Tampoco sabemos si podrían surgir psicofármacos mediante las estrategias de descubrimiento. A primera vista, con la historia azarosa de los psicofármacos, no es extraño que se haya dado un razonamiento regresivo conocido como *ex iuvantibus*, que trata de definir un trastorno por aquello que ayuda a aliviarlo.

Con respecto a los beneficios de la medicación, a veces se define una categoría psicopatológica por el hecho de que los pacientes no responden a la medicación, utilizando la medicación como instrumento diagnóstico negativo, si los pacientes no responden la enfermedad es resistente, lo cual solo es entendible dentro del propio modelo basado en la medicación. Además los antidepresivos son sedantes, activadores o estimulantes, en ningún momento «antidepresivos». Los efectos extrapiramidales son conocidos de sobra: somnolencia, estimulación perceptual o motora, alucinaciones. Otro efecto secundario, más peligroso si cabe, es la desconexión emotiva, un estado de indiferencia en el que desaparecen las ideaciones de cualquier tipo, no solo las que pretendían reducirse. Los psiquiatras pueden preferir esta desconexión a tener que vérselas con la alteración mental, es evidentemente una solución más sencilla que permite despachar al paciente por la vía rápida. Ahora bien, la droga suministrada por el clínico produce resaca cuando se elimina. El psiquiatra no atribuye

los efectos de la resaca a la droga, sino al estado anterior del mismo paciente. Una nueva emergencia que debe ser subsanada con una dosis superior del fármaco, produciéndose un bucle hacia el abismo de la indiferencia vital. Los psicofármacos solo empeoran la situación, aunque reducen la inversión estatal en salud mental. Un individuo con un trastorno mental en cuyo cerebro están haciendo efecto los psicofármacos está tranquilizado, en su casa, lo que supone una reducción del gasto del erario en los servicios de salud estatales. En la actualidad, el encierro no es físico, sino químico, operando directamente en el sistema nervioso.

Todos los psicofármacos conocidos fueron descubiertos por casualidad: barbitúricos, ansiolíticos, neurolépticos, antidepresivos tricíclicos. Palían la sintomatología, pero no el trastorno, porque el propio trastorno no es solo de índole biológica. Los fármacos no tienen una acción selectiva sobre los neurotransmisores, no son diseñados para estabilizar un desequilibrio neuroquímico (no son específicos). Los mecanismos que explican los efectos extrapiramidales son de consabidos, al contrario de lo que ocurre con los efectos terapéuticos presupuestos. Las benzodiazepinas, por ejemplo, producen amnesia anterógrada y a largo plazo disminuye el cociente de inteligencia global, atención, memoria, coordinación motora, razonamiento verbal y velocidad perceptual. Los antidepresivos acarrear anorgasmia, disminuyen la libido y producen insomnio y agitación. Los antipsicóticos, discinesias, acatisias y distonías. Con cualquier grupo de psicofármacos encontraremos efectos secundarios bastante perjudiciales. Diferentes fármacos tienen efectos parecidos sobre distintos trastornos con los que no tienen relación, lo que pone en evidencia tanto al sistema clasificatorio como las hipótesis biológicas que los desencadenan (serotoninérgica, dopaminérgica...). Una clara evidencia frente a esta hipótesis es que muchas drogas como la cocaína y las anfetaminas parecen inducir la liberación de noradrenalina y dopamina, pero no alivian la depresión. Los estudios que buscan un origen neuroquímico o neuranatómico de la ansiedad, la depresión o la esquizofrenia son poco concluyentes. Para abreviar, los psicofármacos funcionan en el sentido de que reducen los síntomas asociados a los trastornos, pero esto es una excusa para apoyar hipótesis biológicas (químicas o anatómicas), reduciendo una condición psíquica a un neurotransmisor o a una anomalía cerebral. Se dan dificultades

tanto en el descubrimiento de las causas neurológicas de las alteraciones conductuales, en la debilidad del diagnóstico a nivel conductual y en la inexistencia de marcadores diagnósticos a nivel fisiológico (Pérez Soto, 2012). Las alteraciones comportamentales no son enfermedades, las terapias fundamentadas en la medicación son arriesgadas y en muchas ocasiones empeoran la condición de partida. Pero el psiquiatra no se plantea siquiera la posibilidad de que sean los fármacos quienes producen el escalamiento y la circularidad entre diagnóstico y tratamiento. Habiendo alternativas no deberíamos elegir la solución que plantea más riesgos y menos beneficios. Revisando la historia de la psiquiatría, podríamos plantearnos si lo que ocurre con los fármacos no es un capítulo más de una larga historia de tratamientos y curaciones milagrosas que se presentan como el sumun del progreso científico y que *a posteriori* serían tildados por los nuevos psiquiatras como opresión y pseudociencia (Pérez Soto, 2012).

Irving Kirsch llevó a cabo un meta-análisis con los informes presentados por las compañías farmacéuticas para la aprobación de los psicofármacos llamados «de segunda generación». En el meta-análisis se planteaba la eficacia de algunos fármacos (fluoxetina, paroxetina, sertralina, venlafaxina, nefazodona y citalopram) contra placebo. El resultado de estos meta-análisis es que ninguno de esos medicamentos mejora los estados de depresión de manera significativa a nivel clínico. Los placebos reproducen sus efectos en casi un 80% haciendo imposible la distinción del mejoramiento de los niveles de depresión moderada o severa en un grupo control por el placebo o por los fármacos.

Por otro lado, la teoría de los desequilibrios neuroquímicos no responde a la evidencia surgida como origen de los trastornos y no es sostenida en psiquiatría más que por clínicos que se han creído la propaganda de la industria farmacéutica (Pérez,2021). Para colmo, cuando los pacientes sufren sintomatología relacionada con la retirada de medicación se suele interpretar como recaída, entrando de nuevo en un bucle psiquiátrico vicioso, absolutamente iatrogénico. Los desequilibrios químicos existen, pero debidos a la medicación. Pérez aboga por un modelo basado en el fármaco y no en la enfermedad, pues el primero parte de las experiencias de los pacientes con los fármacos y en base a ellas valora su utilidad y se elige

el tratamiento más adecuado y en el segundo la principal herramienta para ayudar sería el fármaco. También considera importante tener en cuenta enfoques terapéuticos en trastornos psicóticos, como sería el paradigma Soteria y el movimiento de escucha de voces, que surgió lo largo de los 80, cuando pacientes con alucinaciones se unieron en Holanda junto con el psiquiatra social Marius Romme y la periodista Sandra Escher. La idea del movimiento *Hearing Voices* (Escuchando Voces) es que los usuarios acepten y aprendan a relacionarse con las voces que escuchan siendo validados y legitimados, muy lejos del paternalismo psiquiátrico y de la farmacología.

El gran enemigo de la alternativa a la medicación es la cosmovisión del modelo biomédico de enfermedad que atraviesa a la psiquiatría sin tener en cuenta las particularidades de la disciplina. Para cambiar el paradigma se debe hacer una reconstrucción radical de la psiquiatría, en caso contrario, el modelo mecanicista-biomédico imperará hasta nuevo aviso.

#### **4.4.2. PLACEBO, PSICOTERAPIA Y SABER MUNDANO**

Pérez considera casi sinónimos a la psicoterapia y al efecto placebo, que sería aliado del tratamiento médico y coextensivo con el tratamiento psicológico. El placebo no debe ser rechazado. Es un concepto médico de contenido psicológico, que puede ser entendido como palabra sanadora asociada a la práctica clínica. El placebo ha sido considerado negativo pero hoy en día se está reivindicando su uso intencionado en la práctica clínica médica y es destacable su uso en tratamientos frente al dolor. La propia denominación se queda corta, se han planteado otras como la respuesta de significado, efecto mediado por el contexto o sanación contextual. Todas las terapias psicológicas buscan una transformación significativa en el paciente, generando narrativas que expliquen de la mejor forma posible los problemas y valgan para producir cambios saludables. El efecto placebo tomado como algo negativo implica una paranoia metodológica desde la que se busca aislar el efecto placebo del efecto puro del tratamiento. Si lo enfocamos como un placebo positivo, el placebo derivaría en su uso intencionado. Para la medicina es un fenómeno inespecífico, para la psicología es específico. Es inherente a toda práctica curativa, por tanto, tiene gran interés en psicoterapia.

A su vez, sirve para controlar o aislar efectos inespecíficos asociados a tratamientos específicos, desde la medicación hasta técnicas psicológicas. El placebo es fundamental en las terapias, no es lo que se pensaba, es muchísimo más.

Pérez va en la línea de Smedlund arguyendo que todo psicoterapeuta cuenta con 4 fuentes de conocimiento: lo que sabe de los seres humanos (que son intencionales, por ejemplo), lo que sabemos por compartir lenguaje y cultura (verbigracia, valores), lo que sabemos por nuestro trato con las personas en concreto (pueden ser las circunstancias) y el conocimiento científico-técnico (el procedimiento de una terapia concreta). La psicoterapia no puede concebirse al margen de la ciencia por razones propias de la situación de la psicoterapia en el contexto científico pues la psicoterapia ha trascendido el conocimiento mundano al convertirse en materia académica.

El contexto de terapia para Pérez es un espacio comunitario que urde un contexto social roto y cuyo objetivo es la reintegración (psicoterapia como rito de paso) que costa de una situación liminal que describe el período de transición y un modo subjuntivo que describe las incertidumbres y posibilidades que se abren en situaciones liminales.

#### **4.5. SISTEMAS DE PSICOTERAPIA Y TERAPIA DUAL**

Pérez expone cinco grandes sistemas de psicoterapia: el psicoanalítico (la comprensión de sí mismo como renovación personal), el fenomenológico-existencial (el entendimiento filosófico de los problemas de la vida), el centrado en la persona y experiencial (el usuario como autosanador activo), el de conducta y cognitivo-conductual (usuario como sanador activo) y el de familia (revisión de las relaciones familiares). Cada uno con sus objetivos, procedimientos y concepción de la psicopatología. Se mantienen, según Pérez, por una multiplicidad de efectos: el placebo, que ya hemos explicado, el efecto Barnum, consistente en la disposición de los usuarios a identificarse en los informes psicológicos aunque estos sean descripciones generales aplicables a todo el mundo (similar al efecto Forer con el horóscopo), el efecto Pigmalión, una especie de profecía autocumplida en la que el mismo

empeño de alguien puede crear condiciones para que una persona se de un cambio que de otra forma sería inconcebible y finalmente, el archiconocido efecto Charcot, en el que se confunde la descripción de la realidad con la prescripción inadvertida de ella.

En otro orden de cosas, la combinación entre terapia y psicofármacos implica interferencias, porque la medicación disminuye la motivación del paciente para entender las condiciones psicosociales de su problema y cambiar su estilo de vida, además de hacerle adoptar una perspectiva biológica del problema sin verle el sentido a la ayuda psicológica. La aplicación simultánea nos impide ver si el tratamiento psicológico o el farmacológico es efectivo por separado, la aplicación secuencial nos conlleva un problema con respecto al tratamiento de elección, si medicación o psicoterapia en primer lugar y otro dilema acerca de cuando prescribir el segundo tratamiento porque el primero tardará en hacer su efecto (la medicación, de semanas a meses, la psicoterapia de diez a treinta sesiones).

#### **4.6. LA «INVENCION» DE LOS TRASTORNOS MENTALES: *MARKETING Y PSICOFARMACOLOGÍA***

El caso de la histeria, acaecido en la Salpêtrière fue un sonado caso de «invención». De ahí proviene el «efecto Charcot», que, en términos de Pérez, aparece en el sistema de diagnóstico y en la investigación psicofarmacológica. El DSM adopta a partir de 1980 (DSM III) adopta una lógica de clasificación de trastornos discretos, dando a entender que son entidades nosológicas, con el problema añadido de la conversión de las dificultades de la vida en categorías diagnósticas. Pérez manifiesta los intereses a los que correspondería el DSM desde entonces: la legitimación de la psiquiatría como especialidad médica, el sistema de terceros pagadores por tratamientos psicoterapéuticos (seguros médicos y sistemas públicos, que no aceptan un sistema dimensional de trastorno al tener ganancias en juego), la promoción de medicamentos y las alianzas a favor de la enfermedad mental (en oposición al trastorno).

La investigación psicofarmacológica, por su parte, tendría una cimentación pseudocientífica: diagnósticos sobre un listado superficial de síntomas, supuestos desequilibrios bioquímicos

y un pretendido determinismo genético (ninguna con mucho éxito y a su vez con un punto de mira excesivamente biologicista incapaz de poner el foco en la génesis social).

El escenario de la Salpêtrière se reproduce a nivel global a través del *marketing* farmacéutico. Por medio del dogma de los desequilibrios químicos se promueve el uso de psicofármacos mediante el *marketing*. Todo gira en torno a una concepción neurobiológica del yo, y a una metodología basada en la propaganda directa a pacientes, y médicos, en la educación continuada a los psiquiatras, en la financiación de la investigación psiquiátrica y en la autocomplacencia de los propios pacientes.

#### **4.6.1. UN EJEMPLO DE INVENCION DE TRASTORNO MENTAL**

Al TEPT en la actualidad se le confiera una entidad clínica objetiva que está muy lejos de tener. El punto estriba en sí el reconocimiento del sufrimiento en una categoría clínica y si la intervención clínica depende de una actuación política y moral en detrimento de una actuación genuinamente clínica. No podemos negar que el estrés postraumático es real, la pregunta es cómo se ha hecho real. Es una realidad histórica-social creada para dar cuenta de cuestiones morales, políticas y económicas que se tratan a nivel individual. En palabras de Pérez, se visibiliza el problema, pero se desvirtúa al convertirlo en un trastorno.

Con respecto a la depresión, desde los 80 se constata una prevalencia del 10 al 15%. En su origen, la histeria comandaba la retahíla de etiquetas psicopatológicas de la época y después lo sería la neurosis de ansiedad. En el DSM II aparece la neurosis depresiva y en el DSM III aparece la depresión. Hemos de preguntarnos: ¿por qué la depresión es una epidemia en la actualidad si antes no lo era? Marino lo achaca al lanzamiento de nuevos antidepresivos, posteriores al meprobamato, al Valium y a la amitriptilina: hablamos del Prozac y de la fluoxetina. El *marketing* supuso un cambio de paradigma en la salud mental utilizando a la medicación como nuevo baluarte puesto que de esta forma los problemas de la vida fueron desdeñados para que la química cerebral cobrara importancia a pasos agigantados. La timidez o la tristeza se convierten en cuestiones médicas, no vitales. El Paxil sería comercializado

para la ansiedad social, el alprazolam y *a posteriori* el Xanax para el trastorno de pánico (siendo una benzodiacepina con evidentes funciones «antidepresivas», pero ese nicho ya estaba ocupado por el Prozac). Con el fin de aumentar las ventas las empresas farmacéuticas hacen uso del *marketing*, lo que produce un cambio en la concepción del problema, convirtiéndolo en trastorno, poniendo un nombre y moldeando la experiencia de la gente (descubriendo así la verdadera entidad natural del trastorno).

#### **4.7. ¿QUÉ ES UN TRASTORNO MENTAL? LA DEFINICIÓN DE MARINO PÉREZ**

En el DSM-V y en el CIE-11 el término trastorno es el utilizado, aunque no deja de tener el sentido de enfermedad, aguardando el descubrimiento de las causas orgánicas desconocidas. Pérez plantea esta concepción del trastorno como analogía a la enfermedad. Los síntomas de los usuarios de psicólogos y psiquiatras se ajustan a los cuadros clínicos lo cual resulta curioso ya que estos cuadros diagnósticos son de naturaleza variable, pudiendo concebirse de forma distinta. La psiquiatría y la psicología no forman parte de la medicina, porque estas trabajan con entidades naturales y aquella con entidades interactivas, en términos de Hacking como hemos mencionado. Las entidades interactivas están socialmente constituidas (sin ser previas a la vida social), producen efectos de bucle y están cargadas de valor. Los humanos somos susceptibles de ser influenciados por las clasificaciones, interpretaciones y conocimientos que se tienen. Llamar pollino a un caballo no cambia su modo de ser, llamárselo a un niño puede tener efectos devastadores en su autoconcepto y en el proceso de enseñanza-aprendizaje. La diabetes sería una entidad natural que proviene de una condición metabólica, la depresión sería una entidad interactiva que puede modularse dependiendo del contexto histórico-social y personal. Cuando se remarca el carácter interactivo, no se debe suponer que no haya nada fijo e invariante, como si todo pudiese ser de cualquier manera. Hay límites, como la estructura del cuerpo o la condición evolutiva, que predeterminan y establecen posibilidades. Pérez deja claro que no está sosteniendo que no haya hechos reales inenmendables, de acuerdo con la ontología que él mismo propone, lo que pretende hacer ver es que el conocimiento tiene una influencia propia en la realidad que incluso es condición *sine qua non* para paliar los malestares psicológicos.

Siguiendo a Adolf Meyer, Pérez defiende el origen de las psicopatologías partiendo de los problemas de la vida: conflictos, crisis, decepciones, pérdidas, agobio, invalidación, soledad... ¿Qué demarca la frontera entre el trastorno mental y el problema de la vida? ¿Qué nos hace pasar de una vicisitud a una condición que se entiende como definida clínicamente? El criterio o umbral es intersubjetivo. Todo esto se debe a la cualidad interactiva de las problemáticas con las que se trabaja en las profesiones psi. ¿Qué es un trastorno mental? Pérez, da la siguiente definición ciertamente escueta, pero parece que clara y distinta (2003): un trastorno psicológico es una conducta que se vuelve problemática para el propio sujeto en su esfuerzo adaptativo ante situaciones conflictivas o de fracaso. Los problemas de la vida se tornan en trastornos, se tornan en psicopatológicos cuando uno entra en bucle de manera que sus esfuerzos por salir del problema se convierten en el propio problema. Tienen naturaleza social (cultural), donde «psicológico» ha de entenderse como «de raigambre histórico-cultural». El concepto de bucle implica aspectos contextuales (reacción desproporcionada), cualitativos (alteraciones experienciales) y pragmáticos (interferencia con la propia vida). También conlleva las nociones de hiperreflexividad y de situación para entender la transición de un problema de la vida a un trastorno y para definir la condición en la que se entra respectivamente.

## **5. EL DEBATE MÁS RECIENTE: EL PROBLEMA DE LA CONCEPTUALIZACIÓN ERRÓNEA**

### **5.1. PATERNALISMO NO SOLICITADO, DISFORIA Y ALTERNATIVAS A LA MEDICACIÓN**

En su libro, Wolff, Andur y Rosenberg (2002) distinguen entre paternalismo genuino (el padre del niño que sabe lo mejor para él porque el niño no puede ser considerado una persona autónoma), el paternalismo solicitado (la persona da su consentimiento de manera explícita o implícita) y el paternalismo no solicitado, el más problemático. Parece ser que el paternalismo genuino está aceptado, sin embargo, es difícil tratar la línea entre el genuino y el solicitado. Esto podría ser solucionado con estudios que desvelen lo que espera a la gente cuando es ingresada en un hospital para poder establecer normas aceptadas por la mayoría como guía para los médicos, pues habrá ocasiones en las que los pacientes precisen que el

médico actúe de forma paternalista. En el ámbito de la psiquiatría se ha justificado la violencia en estos términos en muchas ocasiones, no obstante, habrá circunstancias en las que el médico quizá deba ser paternalista (intentos de suicidio, paranoia extrema, alucinaciones...) administrando medicación al paciente. Después de todo, el delirio paranoide de un paciente no lo va a llevar a medicarse para su problema, pues no cree que sea el delirio, sino el contenido del mismo delirio.

Sin embargo, no solo hay pacientes que se ven a sí mismos como sobrevivientes, también como beneficiarios, como indica Desai (2005), que en muchas ocasiones permanecen en silencio o no son conscientes del conflicto entre psiquiatría y antipsiquiatría. Las voces disidentes deben ser escuchadas y el respeto mutuo debe estar presente en todo momento. Los psiquiatras también deben aceptar las críticas válidas y reconocer los abusos cometidos y estar abiertos al diálogo y a la revisión de las prácticas si estuviese justificado de manera ética. Los múltiples puntos de vista deben enriquecer el concepto y la práctica de la psiquiatría para el bienestar humano. Sin embargo, el riesgo de aceptar la antipsiquiatría en su totalidad es que al final los enfermos mentales no reciben los cuidados adecuados.

Carlos Pérez Soto (2012) expone una serie de medidas a adoptar en salud mental para evitar la medicalización o desmedicalizar: considerar el efecto global de cualquier procedimiento, considerar siempre la calidad de vida antes que la consideración meramente orgánica, acercarse al asunto global de la salud teniendo siempre presente que no existe la salud perfecta, ni es posible vivir en una situación de riesgo cero, considerar con desconfianza la información médica proveniente de la propaganda de los hospitales privados o industrias farmacéuticas que puedan ser fraudulentas al presentarse como «científicas», acostumbrarse a tratar con malestares físicos leves y considerar con desconfianza el escalamiento y la ampliación diagnóstica y el subsiguiente escalamiento y la ampliación terapéutica que se da a continuación.

Se han de ofrecer alternativas a la medicación. La alimentación, el descanso, el deporte, la socialización. Terapias psicológicas que se den de manera horizontal. La medicación, a nuestro juicio, es la última opción.

## **5.2. ¿ES LA DISFORIA DE GÉNERO UN TRASTORNO MENTAL?**

Si aceptamos que la disforia de género no existe como trastorno mental, en el individuo no se da la condición de que requiera ningún tipo de tratamiento.

Si la aceptamos la disforia de género es un trastorno mental, requerirá algún tipo de tratamiento. Pues, dado el primer caso, son los propios individuos los que suelen apostar por la hormonación y la intervención quirúrgica si fuese necesario. Dada la segunda situación, la hormonación y la intervención quirúrgica no se rechazan en última instancia, empero se necesita evaluación médico-psicológica, un control periódico de la situación del paciente, intervención terapéutica directa y una serie de procesos previos. Como hemos visto anteriormente, de los psicofármacos se conocen antes sus efectos secundarios que los primarios. Con la hormonación y las intervenciones quirúrgicas se conocen una serie de efectos perjudiciales para el individuo en un plano fisiológico, aunque nunca se sabrá, antes de la operación, si esa operación es lo que necesita el paciente. Pérez y Errasti (2022), señalan que, en los estudios longitudinales efectuados, no se observa un correlato entre bloqueadores hormonales y remisión de los síntomas. Hay investigaciones que indican que casi el 70 por ciento de los adolescentes que experimentan disforia en la niñez, con el tiempo la superan, siguiendo a Ristori y Steensma (2016). El enfoque afirmativo, como se conoce a esta metodología basada en hormonas y bisturís, tal vez no sea la mejor opción para abordar este trastorno. La evaluación psicológica, la espera atenta y la terapia socrática se presentan como opciones abiertas para paliar las dolencias de esta condición sin generar un malestar aún más profundo puesto que son mucho menos invasivas. Volvemos a explicitar que los autores no están en contra, como medida excepcional, de los tratamientos médicos para la disforia. Lo paradójico es que aquellos que no creen que la disforia es un trastorno, lo convierten en una enfermedad que necesita una cura (sin saberlo, podríamos decir que se enmarcan en un modelo biologicista-mecanicista), y aquellos que la toman como un trastorno prefieren

soluciones mucho más humanitarias. De hecho, para Pérez y Errasti, ningún problema psíquico es una patología (es decir, no son enfermedades), tesis que nosotros suscribimos.

Abigail Shrier (2021), reelaborando las palabras de la doctora Littman, formula tres hipótesis acerca de la concepción actual de la disforia: a) la creencia de que los síntomas inespecíficos deben ser percibidos como disforia de género y su presencia es prueba irrefutable de ser transgénero; b) la creencia de que el único camino a la felicidad o bienestar es la transición y; c) la creencia de que cualquiera que no esté de acuerdo con la autoevaluación de ser transgénero o se oponga al plan de transición es una persona transfoba y abusiva y hay que cortar toda relación con ella. Estas tres hipótesis son una especie de proclamación del criterio subjetivo a juicio del consumidor aunque a la inversa, sin llegar a considerar la disforia como trastorno: mi malestar no es un trastorno mental y solo yo puedo decidir como encontrar el bienestar.

Para nosotros la concepción de la disforia de género en la actualidad es excesivamente reduccionista. Habrá «muchas disforias» y debemos individualizar, no obstante, homogeneizar no es tan perjudicial como suele decirse. Los mecanismos causales del trastorno, las circunstancias en las que se da y la forma en la que muchos casos han superado lo que los atormentaba anteriormente debe investigarse. Nos estaríamos perdiendo una gran oportunidad de ayudar a los pacientes. Hemos visto cómo la concepción que se tiene de la disforia afecta a su tratamiento, pero hay mucho más que trillar: la comorbilidad, las detransiciones, los intereses del mercado, el cambio en la prevalencia de la disforia... El sufrimiento es un marcador relevante a la hora de juzgar si algo es una enfermedad y en muchas ocasiones si algo es un trastorno. Herramientas, teóricas sesgadas o concepciones filosóficas radicales pueden generar mucho dolor y tenemos aquí la prueba evidente. Muchos pacientes querrán hormonarse directamente y habrá profesionales de la salud que tengan miedo de caer en el paternalismo no solicitado. Para nosotros, una operación del calibre de una mastectomía, irreversible y arriesgada, hace de suma importancia escuchar el juicio médico. El médico debe rechazar la soberbia y actuar prudentemente. Debe detallar todas las consecuencias de las acciones que queremos tomar, porque afectan a nuestros cuerpos (a

nosotros mismos). Nuestra perspectiva en este caso se limita a continuar con la tradición antipsiquiatra y con las ideas que de ella quedan en Marino Pérez: se ha de escuchar al paciente, humanizándolo. Escuchar al paciente no quiere decir meramente ser empático y asentir a lo que demande el usuario, sino llevar a cabo una terapia socrática en toda regla. Poner en duda, polemizar, cuestionar, señalar contradicciones, plantear nuevas perspectivas, fomentar un diálogo continuo que promueva el análisis...

En última instancia, en tal caso, medicación, hormonación y cirugía, por orden de tratamientos de menos a más invasivos. Citando a Cooper (1875): «la interferencia prematura del tratamiento psiquiátrico puede detener o distorsionar la angustia y la zozobra necesarias para el crecimiento personal».

## 6. CONCLUSIONES

Bajo nuestro juicio el DSM V y los sistemas de clasificación adolecen de todos los problemas que desde un enfoque sociológico se puedan esgrimir. Sin embargo, no creemos que podamos limitarnos a esta creencia, porque esta postura es insuficiente y deja fuera del tintero factores relevantes.

Las personas con ansiedad, con depresión, con TOC, con esquizofrenia o con disforia existen. Son de carne y hueso, tan humanos como cualquiera que no padezca un trastorno, y se utilizan criterios profesionales (médicos o psicológicos) para diagnosticarlos. Y si ya conocemos los errores de los sistemas de clasificación, somos sabedores del poder y la autoridad de los profesionales de salud mental, somos conscientes de la estigmatización, no podemos creer que la solución a todos estos problemas sea acabar con el etiquetado ni «abolir los trastornos mentales». Tampoco eliminar la psiquiatría, en todo caso, transformarla en una psiquiatría consciente.

A veces el diagnóstico será errado, y la psicopatología no será X, sino X'. En otras ocasiones, X'', o X'''. Y en otras, no habrá psicopatología, porque nos habremos equivocado al

diagnosticar. Los errores en el diagnóstico, sin importar su índole, no nos conducen inexorablemente a anular todo el sistema clasificatorio de las psicopatologías, al igual que no se hace en medicina. Pero hemos de ser sabedores de como funcionan estos sistemas, de la condición interactiva de las entidades psicológicas, de los intereses de las industrias farmacéuticas, de cómo funcionan los tratamientos tanto psiquiátricos como psicológicos.. Lo que no podemos es eliminar el acervo de saberes sobre la salud mental, erradicando de un plumazo cada avance. Que la relación entre paciente y terapeuta deje de ser vertical debe ser el objetivo, no eliminar las disciplinas en las que haya pacientes y terapeutas. Hay categorías que la psiquiatría usaba anteriormente que han desaparecido (histeria, drapetomanía...). Las categorías psiquiátricas han de estar siempre bajo vigilancia, lo cual es muy distinto a defender su desaparición. No queremos imaginar qué sería del esquizofrénico sin un control periódico, con la medicación pertinente, del trastorno obsesivo compulsivo sin las exposiciones con prevención de respuesta, o de la desensibilización sistemática en casos de fobia. La virtud probablemente se halle en el término medio, pues debemos ser críticos con la práctica psiquiátrica, sin dejar de lado la alta estima que se le debe tener a los profesionales de salud mental.

Para George Canguilhem lo que caracteriza a los seres humanos es su carácter inherentemente normativo, el hecho de que para ellos supone vivir tener la capacidad de crear, identificar, obedecer e incluso transformar la percepción de lo correcto y lo incorrecto. Se enmarcaría en el enfoque ecológico, según el cual la salud y la enfermedad se fundamentan en las interrelaciones que los individuos establecen en su entorno (Saborido,2020). Esta idea conecta con las entidades interactivas de Hacking. Lo que pensamos acerca de los trastornos cambia con el paso del tiempo en función de la investigación y de los biobucles. Lennard Nordenfelt, quien se posicionó en contra de Boorse, propone una perspectiva llamada teoría holística, que también se enmarca dentro del enfoque ecológico. Nordenfelt tiene reminiscencias de Leriche también, quien interpretaba el dolor como señal para el médico pues el dolor es la evidencia de que algo no va como debería en el cuerpo del paciente. Tanto Nordenfel como Leriche toman, la experiencia del sufrimiento como clave para diferenciar salud de enfermedad, además de la incapacidad para funcionar en un contexto social de forma

satisfactoria. El dolor actuaría como identificador de la enfermedad. Estableciendo un paralelismo, el sufrimiento actuaría como identificador del trastorno. El criterio subjetivo es insuficiente, pero debe ser tenido en cuenta. Un enfoque antipsiquiátrico desmedidamente radical que abogase por abolir la psiquiatría o que incluso negase la existencia de los trastornos mentales bien podría ser el hombre que le quita el tapón a la bañera y se lleva consigo el bebé: teniendo la posibilidad de paliar el sufrimiento, nos negamos a rechazar todos los saberes psiquiátricos. Nos tomaremos la licencia de defender la psicología como disciplina humana y humanitaria desde la cual solucionar en la medida de lo posible los problemas de la vida, las entidades conocidas como trastornos mentales, buscando una interacción horizontal entre terapeuta y paciente. La psiquiatría puede ser útil en algunos momentos concretos pero no puede dirimir coyunturas vitales a largo plazo.

Tras tomar en consideración las posiciones de los autores llamados antipsiquiátricos, Hacking, Canguilhem, Leriche, Nordenfelt o Pérez, podemos observar cómo, en términos de Jaspers de nuevo, no se puede escapar de la filosofía, disciplina que tiene mucho que decir al respecto de la cuestión de la salud mental. En el plano filosófico es conveniente escapar tanto de las perspectivas naturalistas como del relativismo radical. Hemos de encaminarnos hacia un enfoque híbrido (Saborido,2020) Necesitamos una postura constructivista que nos lleve a tener en cuenta las circunstancias y asumir que el trastorno no solo actúa en el plano fisiológico, sino en la persona como intersección de diversas dimensiones que la conforman. Para ello tenemos dos posturas que se alejan de la concepción biomecánica reduccionista: la medicina basada en la evidencia y el pluralismo integrador. En el primer enfoque se reivindica la importancia de las pruebas científicas para la toma de decisiones en medicina. Su principal problema es que, al situar el foco de la comprensión de la enfermedad en la eficiencia de los tratamientos, pasan por alto la cuestión sobre las condiciones que deben ser tomadas como enfermedades y por qué se deben tratar médicamente. La *disease mongering* es problemática para la MBE. El segundo enfoque reconoce la existencia de diferentes modelos explicativos en medicina y aboga por una perspectiva que conjugue los modelos teóricos entendiéndolos como recursos teóricos que deben utilizarse en función del contexto.

Otro caballo de batalla de la filosofía sería el fundamentalismo científico, de los cuales se derivan el tecnológico (todos los problemas existentes son problemas técnico-tecnológicos) y el fundamentalismo psicológico (explicar y tratar problemas sociales como si fuesen propios de los individuos, producto de anomalías cerebrales. Como pensamiento diametralmente opuesto al científicismo, el objetivo sería no caer en un escepticismo consistente en considerar los trastornos mentales como simples construcciones sociales cuya causa es política de manera unívoca. La solución se encuentra en el integracionismo (Pérez, 2007), tendencia a incorporar perspectivas teóricas, niveles de análisis, datos y métodos relevantes para la explicación de los trastornos psicológicos. Este enfoque es adecuado por la complejidad del fenómeno y la condición interactiva de las realidades psiquiátricas y psicológicas, susceptible de ser analizada desde muchos campos.

La psiquiatría ha hecho un uso desmedido de la fuerza sustentado en la autoridad epistémica. Sin embargo, como dice José de Letamendi, «el médico que solo sabe de medicina, ni siquiera de medicina sabe». Imagínense si ya es problemático cuando el médico sabe de medicina, nos figuramos que, en el caso de una disciplina de características especiales, como es la psiquiatría, con demasiadas particularidades dentro del saber médico, la ignorancia se multiplica exponencialmente. El psiquiatra debe alejarse de la *hybris* y actuar con *frónesis*. El reconocimiento de la posibilidad de regresar de la locura abre vías que se enfrentan al estigma psiquiátrico. Repensar la locura, definiéndola como un estado de la subjetividad de duración variable más que una condición permanente, por tanto, hay desarrollo y variabilidad en la condición en cuestión. Dar herramientas a los individuos para fomentar el manejo autónomo de lo que les concierne de manera inmediata de su propia vida debería ser la meta a la que el profesional de salud mental ha de aspirar cuando ejerce.

A nuestro juicio, tras rechazar el organicismo y el modelo estrictamente naturalista y el constructivismo radical y su ingenuidad, hemos de posicionarnos dentro de las perspectivas que aspiran a mejorar la calidad de vida del paciente (o usuario), lo que implica descartar la posibilidad de que la psiquiatría sea meramente una forma de opresión sociopolítica que busca eliminar la heterogeneidad conductual humana a través del encierro asilar. Tampoco

creemos que se pueda analogar una psicosis a una bendición del cielo o a «diversidad» en un sentido positivo. Como corolarios finales, nos permitimos esbozar lo siguiente:

1. Los tratamientos aplicados en salud mental han de preservar la integridad del paciente, de tal modo que la deshumanización que provocan ciertas prácticas ha de evitarse de manera tajante.
2. El tratamiento farmacológico puede ser un apoyo y un alivio momentáneo en el proceso de recuperación pero los individuos no solucionan sus problemas vitales desde un plano fisicoquímico porque son de dos planos ontológicos diferentes, aunque relacionados.
3. El terapeuta ha de ser plenamente consciente de las limitaciones de los modelos de salud mental y ha de considerar en todo momento al paciente como un ser humano. Sin embargo, pese a la conciencia de su determinación social e intersubjetiva, sin cierto ideal de salud mental (procesual y por tanto variable), al cual no creemos que se pueda renunciar por motivos de bienestar y sufrimiento tanto del paciente como de sus familiares, la terapia en cualquier vertiente no tendría sentido alguno.

Quisiéramos acabar el trabajo citando a quien a la sazón fue profesor nuestro en bachillerato e investigó acerca de esta temática hace años: «En un mundo tan mediatizado por saberes de saldo e ideologías variopintas y confusas; ¿qué papel juegan la psiquiatría y la psicología clínica?, ¿cuáles son las ideologías pretendidamente científicas que subyacen a estas tecnologías? La filosofía, que es saber menesteroso, está obligada a hacerse estas preguntas. Pero no hay respuestas fáciles ni sencillas». (Navarro, 2015).

**BIBLIOGRAFÍA**

Antonucci, Giorgio (2018), *El prejuicio psiquiátrico*, Katakarak, Pamplona

Basaglia, Franco (2020), *La institución negada y otros escritos*, Irrecuperables, Madrid

Belloch, Sandín y Ramos (2020) *Manual de psicopatología*, vol I, Mcgraw-Hill, Madrid

Boghossian, Paul (2018), *El miedo al conocimiento: Contra el relativismo y el constructivismo* Alianza Editorial, Madrid.

Bracken, P y Thomas, P. (2001), Postpsychiatry: a new direction for mental health, *British Medical Journal*, 322 (7288) p 724.

Bunge, Mario (2017) *Filosofía para médicos*, Editorial Gedisa, Barcelona.

Cooper, David (1985), *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Editorial Paidós, Barcelona.

Cooper, D. (1985) *Psiquiatría y Antipsiquiatría*, Barcelona, Paidós.

Cea-Madrid, J.C.y Castillo-Parada, Tatiana (2016) *Teoría y Crítica de la Psicología*, 8, 169-192.

Cea Madrid, J.C. y Castillo, T (2018), Locura y neoliberalismo: el lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea, *Política y Sociedad*, 55(2), pp 559-574

Damasio, Antonio (2022), *El error de Descartes*, Editorial Grupo Planeta, Barcelona.

Trabajo de Fin de Máster, (Fecha por concretar), Facultad de Filosofía, Madrid.

Desviat, Manuel (2006), La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica, *Norte de Salud Mental*, Vol 6, nº25, págs. 8-14.

Desai, Nimesh (2005), Antipsychiatry: meeting the challenge, *Indian J Psychiatry*, 47 (4), 185-187.

Erice, Francisco (2020), *En defensa de la razón*, Siglo XXI, Madrid.

Errasti, José y Pérez, Marino (2022), *Nadie nace en un cuerpo equivocado*, Deusto, Barcelona.

Foucault, Michel (2003), *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de cultura económica

Foucault, Michel (2018), *Historia de la locura (I)*, Madrid, Fondo de cultura económica.

Foucault, Michel (2018), *Historia de la locura (II)*, Madrid, Fondo de cultura económica.

Hacking, Ian (2001), *¿La construcción social de qué?* Paidós, Buenos Aires.

Habermas, J (2006), Libertad y determinismo, *Entre naturalismo y religión*, Paidós, Barcelona, pp 159-187.

Laing, R.D. (2014), *El yo dividido*, Fondo de Cultura Económica, México D.F.

Navarro, Miguel Ángel (2015) Aproximación al problema del fundamentalismo farmacológico en psiquiatría, *El Catoblepas*, nº165, pp 1.

Ongay, Iñigo (2011) El cerebro no nos engaña, *El Catoblepas*, 118, pp 14.

O'Reilly, Michelle and Nina, Jessica (2017) *Examining mental health through social constructionism*, Palgrave Macmillan, London

Ortiz, Alberto y Huerta, Rafael (2018) *Críticas y alternativas en psiquiatría*, Editorial catarata, Madrid.

Pérez, Marino (2003) *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*, Editorial Universitas, Madrid.

Pérez, Marino y González, Hector (2007) *La invención de los trastornos mentales*, Alianza Editorial, Madrid.

Pérez, Marino (2021), *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría*, Alianza Editorial, Madrid.

Pérez-Soto, C. (2012), *Una nueva antipsiquiatría, Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*, Santiago.

Ristori, J. y Steensma, T. (2016) Gender Dysphoria in Childhood, *International Review of Psychiatry*, 28 (1), pp 13-20.

Searle, John (1995) *La construcción social de la realidad*, Paidós, Barcelona

Sismondo (2004) *An introduction to science and technologies studies*, Willey-Blackbel, Oxford.

Szasz, Thomas (2008), *El mito de la enfermedad mental*, Amorrortu Editores, Buenos Aires

Vásquez Rocca (2011), *Antipsiquiatría: Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la «razón psiquiátrica»*.

Trabajo de Fin de Máster, (Fecha por concretar), Facultad de Filosofía, Madrid.

Vilatta, Emilia (2017) Filosofía de la mente y Psiquiatría: alcances y límites de una perspectiva naturalista para el estudio de los delirios, *Co-herencia*, 14 (27), 159-180.

V.V.A.A. (1971), *Laing y la antipsiquiatría*, Alianza Editorial, Madrid.

Wulff, Andur y Petersen. (2002,) *Introducción a la filosofía de la medicina*, Editorial Triacastela, Madrid.

## ANEXO

"Somos varios colectivos de activistas en salud mental formado por personas psiquiatrizadas (personas con problemas de salud mental que hemos sufrido el sistema psiquiátrico) que celebramos el Día del Orgullo Loco en Madrid para reivindicar el derecho a la salud mental de todas las personas, el fin de la vulneración de derechos humanos y acabar con un modelo biomédico que favorece la cronificación....debemos avanzar en todos los sentidos posibles para cambiar este modelo biomédico que medicaliza, violenta y matam por eso:

1. Reivindicamos el cumplimiento de los Derechos Humanos, los Derechos fundamentales de la Unión Europea y los Derechos constitucionales del Estado español que se vulneran en la práctica psiquiátrica mediante ingresos involuntarios, contenciones mecánicas, medicación forzosa, aislamientos y la sobremedicación.
2. Reivindicamos el fin de un modelo biologicista que presupone daños orgánicos (físicos) sin pruebas científicas, que beneficia sobre todo a la industria farmacéutica y que condena a las personas a la cronificación, además de provocarles efectos secundarios.
3. Reivindicamos que la salud mental sea una prioridad política, porque las consecuencias de las condiciones materiales, producto de un sistema capitalista, se patologizan, y así se medica el estrés laboral en vez de mejorar las condiciones de trabajo. A este respecto es necesario reforzar la idea (Informe Relator Especial de la ONU de 2017) de que "Las crisis de salud mental no deberían gestionarse como crisis de los trastornos individuales, sino cómo crisis de los obstáculos sociales que impiden el ejercicio de los derechos individuales. Las políticas de salud mental deberían abordar los "desequilibrios de poder" en lugar de los "desequilibrios químicos".
4. Reivindicamos la recuperación de la legitimidad de la que somos privadas las personas psiquiatrizadas: el derecho a decidir el propio tratamiento, aceptar o rechazar la medicación, el ingreso involuntario o incluso el ser tutelado.
5. Reivindicamos la necesidad del desarrollo de un marco legal que garantice el cumplimiento y defensa de los Derechos Humanos en la práctica psiquiátrica.
6. Denunciamos la doble opresión que sufrimos las mujeres psiquiatrizadas por ser mujeres y locas. Denunciamos los continuos abusos sexuales dentro del sistema de salud mental, que quedan impunes por la falta de legitimidad que tenemos debido a nuestras etiquetas. Reiteramos que las mujeres psiquiatrizadas somos más vulnerables de sufrir violencia machista y que recibimos un trato distinto cuando pedimos ayuda contra el maltrato.
7. Denunciamos que el racismo tanto institucional como social potencia el maltrato, el aislamiento y el malestar personal. Hace más propensos a ingresar en hospitales psiquiátricos a los emigrantes que a los autóctonos, en lo que a proporción de población se refiere.
8. Denunciamos que se patologice nuestra orientación sexual e identidad o expresión de género, y que la Iglesia realice supuestas terapias de conversión que pretenden cambiarlas. A su vez desde el colectivo trans reivindicamos el derecho a la libre

- determinación de la identidad de género y la eliminación de toda forma de patologización.
9. Denunciamos la asociación que mantienen los medios de comunicación entre peligrosidad y violencia y “enfermedad mental”. Dicha asociación permite justificar las coerciones en la práctica psiquiátrica.
  10. Reivindicamos el empoderamiento de las personas psiquiatrizadas y supervivientes de la psiquiatría, Además de nuestra politización para poder luchar por el derecho de vivir sin opresión, redefiniendo el concepto de locura y exigiendo justicia y reparación por el trato recibido por el sistema psiquiátrico.
  11. Denunciamos un sistema capacitista que nos segrega en función de nuestras capacidades, en el que no se cumplen los derechos de las personas con diversidad funcional y que nos hace proclives a sufrir problemas de salud mental.
  12. Denunciamos que el 84% de las personas psiquiatrizadas nos encontramos en situación de desempleo, lo que nos lleva a la pobreza y exclusión. A su vez las pensiones que algunas de nosotras recibimos por nuestra condición son insuficientes obligándonos a depender de nuestras familias.
  13. Denunciamos la patologización de la infancia y la adolescencia y su consecuente psiquiatrización.
  14. Reivindicamos que las personas psiquiatrizadas que hemos sido desahuciadas por el sistema, consideradas irreversibles, tuteladas y recluidas en centros desde hace décadas, tengamos la oportunidad de volver a tener el control y nuestros derechos en todos los ámbitos de nuestras vidas y recibamos un trato digno. Por lo cual exigimos que las tutelas no sean unas medidas permanentes, sino que por el contrario sean medidas revisables y se implementen procesos ágiles de capacitación que hagan posible la recuperación de nuestra libertad de elección y de existencia” (<https://orgullolocomadrid.wordpress.com>, 2019).