

**Universidad
Autónoma
Metropolitana**



Casa abierta al tiempo **Azcapotzalco**

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

POSGRADO EN SOCIOLOGÍA

La construcción del conocimiento de la
Psicopatología Descriptiva como Tradición
de Investigación

Laura Huerta Muñoz

Tesis Idónea Comunicación de Resultados para

optar por el grado de Maestra en Sociología

Línea de investigación: Teoría y Pensamiento Sociológico

Miembros del Jurado:

Dra. Adriana García Andrade

Asesora de tesis

Dr. José Hernández Prado

Dr. Gilberto Ramiro Limón Arce

México CD. MX.

Enero 2018

A la memoria de Hilda Muñoz Cuevas

Agradecimientos

Deseo agradecer, en primer lugar, al comité académico del posgrado por haberme aceptado en el programa, así como a los profesores del programa de quienes aprendí mucho. Asimismo, agradezco profundamente las enseñanzas de las doctoras Lidia Girola y Olga Sabido, quienes no sólo han sido grandes inspiraciones y mentoras para mi investigación, sino además considero importantes teóricas de la sociología en México.

Mención aparte, agradezco al Doctor José Hernández por su apoyo durante mi formación y para la realización de este proyecto de investigación, y por sus agudas críticas siempre en un tono constructivo.

Gracias también al Doctor Gilberto Limón, por su apoyo en este proyecto y por las grandes lecciones desde la perspectiva crítica hacia la psicopatología, su trabajo en el ámbito de las terapias posmodernas fue de gran ayuda para este proyecto; asimismo, agradezco el haberme recibido como estudiante en su cátedra.

Gracias absolutas a la Doctora Adriana García Andrade, a quien admiro profundamente como investigadora y teórica de la sociología en México. Gracias a su voto de confianza y compromiso con este proyecto, desde el principio, esta investigación pudo llevarse a cabo con calidad y claridad. Además, su trabajo resultó una fuente esencial para la fundamentación teórica de este trabajo, y como inspiración para el desarrollo de la investigación.

Agradezco totalmente a mi familia por todo su cariño y apoyo, especialmente en las horas de angustia que supusieron el llevar a término este trabajo: Gracias Elena, Erick, y sobre todo Mamá, por su cariño, apoyo y ánimos.

Finalmente, gracias a todas las personas que participaron en este proyecto con sus observaciones y opiniones, críticas y cuestionamientos.

*It is the unknown we fear when we look upon
death and darkness, nothing more.*

*J. K. Rowling, Harry Potter and the Half-
Blood Prince*

Can I play with madness?

Iron Maiden

RESUMEN

La Psicopatología Descriptiva se ocupa de la categorización y descripción de los síntomas mentales, desde el siglo XIX ha sido el lenguaje a través del cual se explica y describe la anormalidad, su objeto de estudio. Sin embargo, su cuerpo de conocimiento se encuentra disperso entre las dos disciplinas que se ocupan de su estudio, la psiquiatría y la psicología anormal, así como en los textos que desarrollan este campo de conocimiento, por lo que una primera aproximación a este campo requiere la ordenación y sistematización de su cuerpo de conocimiento.

Para entender cómo la Psicopatología Descriptiva ha orientado la construcción del conocimiento en torno a la anormalidad, cumpliendo con ello funciones para el campo científico de la psiquiatría y la psicología, y también funciones sociales, esta investigación propone su abordaje como tradición de investigación metateórica, que es la unidad de consenso más amplia sobre el objeto de estudio de la anormalidad. Para este propósito, se recurre al análisis metateórico de la tradición, así como al estudio histórico de la misma.

Para este objetivo se realizó una investigación documental sobre el desarrollo histórico de la Psicopatología Descriptiva, y sus modelos contemporáneos, desde la antigüedad hasta las primeras décadas del siglo XXI. Los resultados de la investigación muestran que la Psicopatología Descriptiva satisface los criterios propuestos por Laudan para ser considerada como tradición de investigación, y el análisis dimensional metateórico indica la manera como se ha construido el conocimiento de esta tradición, influido tanto por el desarrollo del campo científico como por el campo social.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1: La Psicopatología como Tradición de Investigación.....	7
Delimitación del Campo.....	9
Intersecciones interdisciplinarias en la construcción de la PD.....	12
Noción de paradigma y tradición	16
Dimensiones del análisis metateórico	23
Capítulo 2: Antecedentes Históricos de la Psicopatología Descriptiva.....	30
Antecedentes históricos.....	32
Desarrollo Moderno de los modelos de Enfermedad Mental: Siglos XVIII-XX	40
Cuatro Tradiciones de Investigación en Psicopatología Descriptiva	54
Las Cuatro Tradiciones de la Psicopatología Hasta el Siglo XX	88
Dimensión externa Social: la Función Extra-teórica (Normativa) de la Psicopatología en el siglo XIX, La Visión de Foucault	90
Consolidación de la Psicopatología Descriptiva, En Síntesis	97
Capítulo 3: Desarrollo de la Psicopatología en el siglo XX.....	104
Institucionalización y Diversificación en la Primera Mitad del Siglo xx.....	106
Dimensión Externa Social.....	118
Dimensión Interna Intelectual	119
Capítulo 4: Psicopatología Descriptiva Contemporánea. Una Tradición de Investigación Metateórica	134
Dimensión Interna Intelectual	135
Dimensión Interna Social: Institucionalización Actual de la Psicopatología.....	176
Discusión.....	181
Conclusiones	188
Referencias.....	200

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Dimensiones de Análisis de las Cuatro Tradiciones de la Psicopatología Descriptiva	89
Tabla 2 Aportaciones de las cuatro tradiciones a la Psicopatología Descriptiva	100
Tabla 3 Modelos de las cuatro tradiciones de la Psicopatología Descriptiva	161

INTRODUCCIÓN

A primera vista, podría parecer que el estudio de la psicopatología es un problema para disciplinas como la psicología o la psiquiatría, en tanto se refiere al estudio de la mente y sus conflictos. Sin embargo, el lenguaje provisto por la psicopatología descriptiva se encuentra en las esferas de la vida cotidiana, se ha anclado al lenguaje común, de manera que es posible escuchar términos como “depresión” y “ansiedad” en el día a día, temas como el estrés o la esquizofrenia y la hiperactividad se encuentran en medios de comunicación como periódicos y televisión, y más importante aún, se emplea en diversas instituciones en las que se participa diariamente.

Las evaluaciones psicológicas, “psicodiagnósticas”, se encuentran en los ámbitos laborales y escolares, es frecuente que se lleven a cabo evaluaciones para el ingreso, o si se llegan a presentar conflictos; se hallan también en hospitales y en las prisiones. El empleo de este lenguaje, de los criterios de la psicopatología, para la evaluación y clasificación de las personas, para decidir su inclusión o exclusión institucional, es quizá uno de los pocos rastros que esta tradición intelectual ha dejado acerca de su existencia, pues subyace al trabajo de la evaluación psiquiátrica y psicológica. Se trata de un poder que este cuerpo de conocimiento ejerce y que, invisibilizado, afecta la vida cotidiana de las personas en las sociedades occidentales.

En contraparte, desde la década de 1980 un conjunto de psicoterapias, denominadas genéricamente “narrativas y posmodernas” (McNamee & Gergen, 1996; Limón, 2005) ha prescindido de la psicopatología como marco de referencia para la intervención clínica. Este punto es indicativo de que, en términos de uso, la psicopatología descriptiva no es imprescindible para la intervención psicoterapéutica, aunque se ha generalizado su empleo para la evaluación organizacional, en consecuencia, es posible reconocer que cumple una función social, y no sólo una clínica, lo que la vuelve objeto de interés sociológico.

El interés de esta investigación es presentar aquellos aspectos que subyacen a este campo de conocimiento, su función social que ha sido legitimada como científica, pese a la falta de consenso sobre la definición y alcances de la Psicopatología Descriptiva por parte de los investigadores adscritos a las dos disciplinas a la que se encuentra anclada (psiquiatría y psicología).

Puesto que el conocimiento generado en este campo afecta la vida social de manera poco visible, a través de la clasificación de las personas y como conocimiento que se ha integrado al conocimiento social, el objetivo es –como una aproximación inicial al problema– delimitar esta rama de conocimiento y definir cuáles han sido los criterios normativos que, redefinidos como “conceptos” han sido presentados como hechos “objetivos” y han orientado el desarrollo de modelos que clasifican a las personas cumpliendo así una función social que –se asume– incide en la identidad de las personas pero también en la organización institucional y en las formas de inclusión y exclusión de las sociedades occidentales.

La hipótesis de trabajo para la investigación es que la Psicopatología Descriptiva es una tradición de investigación más amplia que los modelos que orientan la producción de teorías específicas, a partir de la cual se configura un objeto de investigación compartido por la psiquiatría y algunas vertientes de la psicología.

Es decir, la Psicopatología Descriptiva como unidad de consenso es más amplia e integra las tradiciones de investigación psicopatológica disciplinares de la psiquiatría y la psicología, por lo que de ella no se desprenden teorías específicas sino tradiciones de investigación específicas, esto es, se trata de una suerte de *Tradición de Investigación Metateórica*, que conjuga el conocimiento de ambas disciplinas y orienta la investigación de sus tradiciones de estudio de la anormalidad desde su institucionalización.

El objetivo general de la investigación es mostrar cómo esta tradición incide en una construcción de conocimiento científico que integra no sólo entidades teóricas “objetivas” sino también criterios normativos (morales y éticos). Para ello, se recurrirá al análisis de las dimensiones metateóricas propuestas por Ritzer (2001) aplicado a la noción de Tradición de Investigación propuesta por Laudan (1977).

La investigación parte de una epistemología construccionista, esto es, parte de la concepción de que el conocimiento es construido, tanto dentro del campo científico como en el ámbito social en general. De acuerdo con esta visión, son las interpretaciones de los hechos las que dan forma a los saberes sociales y científicos, por lo que existen múltiples interpretaciones de la realidad.

Empero, en el nivel ontológico, el construccionismo incurre en el problema de negar implícitamente los hechos externos, y tal es el caso tanto del construccionismo (social) como del constructivismo (psicogenético), cuya postura produce un problema para el abordaje de las ciencias y el conocimiento, pues en última instancia, si no existen objetos sino interpretaciones, no habría necesidad de analizar el conocimiento científico, bastaría decir que todo son representaciones e interpretaciones y que no hay realidad. Quizá sea una postura adecuada en otros marcos de referencia y trabajo, pero para los fines de la investigación científica, que siempre busca el fundamento empírico de sus dichos, esta postura se muestra insuficiente.

Por lo anterior, si bien la epistemología de la investigación es construccionista sostiene un realismo externo, como señalamiento de que hay objetos, sucesos y situaciones externos que son independientes de las representaciones y experiencias internas. Como señalara T. Reid en el siglo XVIII (Hernández, 1996), las representaciones que se hacen en la mente y el juicio sobre esos objetos son operaciones mentales sobre los objetos externos, no sobre las propias impresiones u objetos internos.

Al respecto, Searle (1995; citado en García, 2013, p. 71), indica que el realismo externo que concibe que la realidad es externa al sistema de representaciones, y a modo de teoría ontológica, no muestra cómo las cosas son, sino que hay una forma en que son las cosas, y esa es la condición necesaria para generar hipótesis y tesis.

En oposición a la creencia empirista del realismo ingenuo, que supone que la observación sistemática garantiza el conocimiento objetivo de los hechos externos, se propone que “la investigación científica se organiza de hecho en torno a objetos contruidos”, que no corresponden con la percepción ingenua de los objetos externos (Bourdieu, Chamboredon & Passeron, 2003, p. 52). Como señala García (2013) todo se conoce mediado por una teoría –sea esta científica o no– y todo conocimiento tiene puntos ciegos, por lo cual no se conoce lo que hay sino a través de las construcciones que de ello se hacen.

De esta forma, la presente investigación es construccionista, pero supone un realismo externo. Se propone como una interpretación posible del conocimiento científico identificado como Psicopatología Descriptiva en un intento de dar forma y coherencia al conjunto de modelos y teorías de esta tradición de investigación, sin que por ello sea considerada como “la verdad” o la

única interpretación posible, antes bien, es una interpretación plausible cuyo valor es heurístico, para abordar y entender el cuerpo de conocimiento en torno a los trastornos mentales.

El foco de investigación se centrará en la Psicopatología Descriptiva (definida como el conjunto de saberes procedentes de una tradición de investigación científica, que incluye las descripciones de los signos y síntomas de los trastornos mentales, ya sean denominados semiología, psicopatología descriptiva, descripciones psicopatológicas o psiquiatría descriptiva o básica), en el entendido de que en las descripciones de los síntomas, semiología, y en las clasificaciones es donde reside el punto de partida para la búsqueda de explicaciones causales, por lo que, en cierta medida, las descripciones organizan los estudios experimentales, que requieren el constructo previo para someterlo a experimentación.

En tanto la metateoría favorece la comprensión más profunda de las teorías de una disciplina (Ritzer, 2001), las teorías constituyen sus datos empíricos, por lo que en el primer capítulo se presentarán las dimensiones que sirven para el análisis de las tradiciones que, como directrices de las teorías específicas, constituyen el campo de conocimiento de una tradición que funciona como unidad de consenso más amplia para las tradiciones que abordan la psicopatología, desarrolladas al interior de la psiquiatría y la psicología, la Psicopatología Descriptiva.

Ritzer (2001) propone que al estudiar las disciplinas (o especialidades de las disciplinas psiquiátrica y psicológica en este caso), se realiza un trabajo de metateorización, uno de cuyos tipos (ideales) consiste buscar una mejor comprensión de la teoría, se ocupa del estudio de teorías, teóricos, comunidades de teóricos, contextos intelectuales y sociales de las teorías y los teóricos (pp.18-19). La metateorización, desde su perspectiva, supone hacer teoría sobre la teoría, como un estudio sistemático de los componentes de las áreas sustantivas de la disciplina (especialidad en este caso), conceptos, métodos, datos y teorías.

Para el análisis de la Psicopatología descriptiva, entonces, se propone el estudio de las tradiciones que la configuran como área sustantiva de conocimiento de la psiquiatría y la psicología, las “arquitectónicas” (Ritzer, 2001) de estas tradiciones y sus núcleos –los temas subyacentes que conforman la estructura de la disciplina como paradigma o tradición–, que dan forma a las teorías, la forma en que observan el objeto de estudio y el tipo de metodología que emplean para hacerlo (y no las técnicas particulares). Esto, por supuesto, involucra también el estudio de su

epistemología y ontología, como supuestos fundamentales que guían la forma en que se interpretan los datos y cómo se construyen productos de conocimiento (modelos y clasificaciones).

Este trabajo propone el análisis de la PD desde una perspectiva meta-teórica, a fin de organizar el conjunto de datos de manera sistemática. Para ello, se recurre al análisis de las dimensiones metateóricas propuestas por Ritzer (2001), sustituyendo su noción de paradigma por la de Tradición de Investigación propuesta por Laudan (1977).

Los cuatro elementos propuestos por Laudan (1977) como constitutivos de la tradición de investigación (determinar problemas de investigación; rol constrictivo –establecer una ontología y una metodología, constriñendo el tipo de teorías que pueden desarrollarse dentro de la tradición; rol heurístico para la construcción de teorías; y, rol justificativo) proveen una imagen y lineamientos generales sobre el objeto de investigación y su interpretación, mientras que las cuatro dimensiones metateóricas propuestas por Ritzer (2001) permiten situar estos elementos en el contexto social.

El estudio sistemático de estas dimensiones favorece la comprensión de la producción de conocimiento científico desde una perspectiva sociológica, por cuanto considera no sólo el estudio de las construcciones teóricas sino también su posición en un contexto social amplio, entendiendo así las condiciones de posibilidad y el contexto de justificación como dimensiones continuas e integradas en el desarrollo de las disciplinas. Por ello, son estas cuatro dimensiones de análisis (interna social, interna intelectual, externa social y externa intelectual) el eje que conduce la investigación acerca de la Psicopatología Descriptiva como Tradición de Investigación.

Se trata, pues, de un constructo heurístico que permite organizar la información dispersa acerca del estudio de la anormalidad y los síntomas mentales, pues existen múltiples modelos entre las dos disciplinas *psi*; esta estrategia obedece a la necesidad de unificar los datos de manera coherente para su análisis, recurriendo así a las dimensiones de análisis metateóricas propuestas por Ritzer (2001), pero desde la perspectiva de la definición de Tradición de investigación provista por Laudan (1977), a fin de evitar los problemas derivados del uso del término “paradigma”. Es un sistema de inteligibilidad propuesto para el análisis de la PD desde una perspectiva de sociología del conocimiento, aunque no busca ser la única interpretación posible.

A fin de realizar este análisis, el presente trabajo desarrolla en cuatro capítulos los resultados de la investigación. En el capítulo 1 se presentan los fundamentos teóricos para el abordaje de la Psicopatología Descriptiva como Tradición de Investigación Metateórica, así como la delimitación conceptual del marco teórico para este objetivo.

En el capítulo 2 se exploran los antecedentes de la Psicopatología Descriptiva desde la antigüedad hasta la primera mitad del siglo XX, a fin de trazar la historia de la construcción del conocimiento de la anormalidad y la “enfermedad mental”.

En el capítulo 3 se exploran las dimensiones contemporáneas de la Psicopatología Descriptiva, a partir de su transformación e internacionalización después de la Segunda Guerra Mundial. En los capítulos 2 y 3 se muestra cómo la psicopatología comenzó a desarrollarse como tradición de investigación a finales del siglo XVIII y el modo en que se consolidó como tradición de investigación metateórica durante el siglo XIX.

Finalmente, en el capítulo 4 se exploran la dimensión interna intelectual, la forma en que la Psicopatología Descriptiva contemporánea constituye una tradición de investigación metateórica, con objetos de investigación, unidades de análisis y modelos, que cumple funciones constrictivas y justificativas para las tradiciones psicológicas y psiquiátricas que estudian la anormalidad; y la dimensión interna social, en cuanto a su institucionalización contemporánea.

CAPÍTULO 1: LA PSICOPATOLOGÍA COMO TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN

Un primer problema que afecta el estudio de la psicopatología descriptiva es su polisemia, pues el término de “psicopatología” sirve para designar diferentes cosas en el mismo campo. Al hablar de una persona o caso, “psicopatología” se refiere al problema que presenta, por ejemplo, se dice que “el individuo presenta una psicopatología”, y entonces se refiere a la psicopatología como *condición*. También, se habla de “psicopatología” como objeto de estudio, así, la “psicología anormal” y la ciencia básica de la psiquiatría se ocupan de la “psicopatología” como objeto de estudio. Hablar de “Psicopatología Descriptiva” (PD) alude a la descripción de las distintas psicopatologías que pueden presentar las personas, es el campo que aglutina los estudios (y sus resultados) acerca de los padecimientos denominados como “trastornos mentales”; esto lleva al segundo problema, que es la propia definición de este campo.

Mientras en Estados Unidos se emplea el término de psicopatología general como equivalente de la psiquiatría, en Europa se considera como la ciencia de los síntomas de la mente (Berrios, 2013). Para Berrios¹ (2011, 2013), la psicopatología descriptiva “consta de un vocabulario, una sintaxis, conjeturas sobre la naturaleza de la conducta y algunas reglas de aplicación”, así pues, la psicopatología descriptiva es la semiología (ciencia de los síntomas) de las enfermedades mentales. Para Domènech² (1991) la psicopatología descriptiva es la disciplina de la patología mental, ocupada tanto de sus causas como de sus síntomas. Así pues, la psicopatología es vista como un área de investigación de la psiquiatría y la psicología (en sus vertientes clínica y experimental), que pese su falta de autonomía, consta de un cuerpo consistente de conceptos, clásicos, tradiciones, y

¹ Germán Berrios es un psiquiatra cuya importancia para la investigación se fundamenta en tres aspectos, principalmente: 1) En cuanto a citas, es un autor con factor de impacto, sólo en *Web of Science* –buscado en octubre de 2016– sus trabajos comprendidos entre 2014 y 2016 acumulan más de 1200 citas, sólo por debajo de autores que se dedican a la investigación empírica en psiquiatría. 2) En cuanto a traducción, Berrios es traducido al español, portugués y francés, y escribe en inglés, por lo que tiene presencia en distintos países no anglo parlantes. 3) Su trabajo está dedicado a la investigación de la epistemología de la psiquiatría, labor que, como él mismo señala, es poco común.

² Autora dedicada a la historia de la medicina que, como tal, adopta una postura “neutral” en lo referido al debate disciplinar entre psicólogos y psiquiatras en su trabajo dedicado a la historia de la psicopatología. Se enfoca a los aspectos relevantes en cuanto a la historia y epistemología del estudio de la psicopatología y sitúa las diferencias entre las disciplinas en el nivel histórico.

ha tenido su proceso histórico de institucionalización y consolidación a partir de su incrustación en estas dos grandes disciplinas.

Para Luque³ y Villagrán (2000), la psicopatología es la *ciencia básica* de la psiquiatría (la clínica sería la *ciencia aplicada*), y su objetivo consiste en describir manifestaciones psíquicas alteradas, la psiquiatría depende entonces de la psicopatología para comprender el significado de la enfermedad mental (Restrepo 2007; Luque & Villagrán, 2000).

Empero, la psicopatología ha dependido en buena medida de la psicología, que ha provisto las teorías para su desarrollo (Berrios, 2011), en parte debido a que la psiquiatría se erigió como cuerpo descriptivo orientado hacia la técnica antes que hacia el análisis filosófico de su discurso, a diferencia de la psicología (Restrepo, 2007), así como debido a que la psiquiatría es una disciplina técnica en tanto la psicología es una disciplina de investigación (Domènech, 1991).

En este sentido, como señalan Dogan y Pahre, las definiciones de la ciencia varían de un país a otro (1993, p.16), y también entre disciplinas, de modo que en este caso la definición de la psicología, la psiquiatría y la psicopatología es diferente para los autores de cada una de estas disciplinas. Así pues, mientras en Europa los autores hablan de Psicopatología descriptiva como “disciplina” en Estados Unidos hablan de ella como ciencia básica de la Psiquiatría. La falta de definición específica y las diferencias que hacen los autores se deben, al menos en parte, a las formas distintas en que se define la investigación psicopatológica en su propia región. De tal suerte que, una de las dificultades de abordar este campo de conocimiento es la falta de consenso en torno a su propia definición.

El objetivo del capítulo es presentar el marco de referencia para el análisis de las teorías y modelos en psicopatología descriptiva de manera homogénea y para delimitar esta tradición metateórica, por lo que se presentan los modelos empleados para el ejercicio metateórico de la investigación. Esta delimitación obedece a la necesidad de organizar la información, puesto que existen múltiples orientaciones dentro del campo de la PD, derivadas de las divergencias entre disciplinas y autores,

³ Rogelio Luque, como Berrios, es un psiquiatra ampliamente citado y que se encuentra traducido a varios idiomas. Luque se ha dedicado a la “meta-psiquiatría” y ha escrito con Berrios artículos referidos a la historia de los síntomas de los trastornos mentales, forma parte de una red que, en Europa, se dedica a este tipo de investigación.

y debido también a que las obras publicadas los autores de las obras revisadas difieren en su forma de definir este campo de conocimiento.

DELIMITACIÓN DEL CAMPO

Por principio, esta investigación parte de la premisa de que la ciencia es un campo y que, como señala Bourdieu (2000, 2003), el campo científico no es inmune a las influencias sociales, aunque opera según su propia lógica en él se mueven luchas por la legitimidad y el reconocimiento; si bien estos elementos no se profundizarán en el trabajo, forman parte de la perspectiva de la investigación, por lo que, por principio, la Psicopatología Descriptiva considerada como campo de conocimiento delimita un dominio, pero también un espacio de confrontación entre agentes con distintos intereses e influencias ajenas al mero interés del desarrollo científico.

En este aspecto, se considera que las clasificaciones psicopatológicas y el diagnóstico mental pueden ser formas de violencia simbólica (Bourdieu & Wacquant, 2005), posibilitadas por el capital simbólico (Bourdieu, 2000, 2003) de sus tradiciones y agentes en el campo de la salud mental.

En el campo científico Bourdieu (2003) reconoce la existencia de diferentes formas de capital; se asume que el capital simbólico es central porque implica tanto la asimetría de poder como el estrato de acumulación en que se concentra la autoridad de que es investido el experto, así pues, el capital simbólico acumulado al interior del campo científico, dota de autoridad, como investidura, a los expertos, dentro del campo de las ciencias pero también fuera de ellos, de donde puede derivarse su calidad de expertos en medios de comunicación y comunidades.

Desde esta posición de autoridad, la asimetría de poder hace que quienes se encuentran sujetos a diagnóstico y evaluación mental se encuentren subordinados en la posición de dominados, frente al experto que, desde la posición dominante, puede tomar decisiones acerca de la persona y su identidad que pueden incidir y afectar su vida cotidiana, tanto en cuanto a límites prácticos (como acceso a instituciones laborales, por ejemplo) como en lo referente a límites simbólicos (construcción de la propia identidad y definición de sí mismo).

Se entiende como capital simbólico, en este contexto, el reconocimiento y legitimidad otorgados en el campo científico tanto a los agentes como a las tradiciones y teorías, los cuales les dotan de autoridad y les dan valor tanto en el ámbito de sus disciplinas como en la esfera social.

La ciencia se ha convertido en criterio de delimitación del conocimiento, de aquello que sabemos (Lamo, González & Torres, 1994), en virtud de lo cual la Psicopatología Descriptiva, como saber proveniente de un sistema experto (Giddens, 1995) provee “confianza epistémica”, esto es, “confianza en la forma de autoridad, a la vez moral y cognitiva, asociada con el privilegio epistemológico del erudito” (Origgi, 2008, en Piron y Varin, 2015, p.253).

Por ello, pese a la “opacidad” referente a los métodos, conceptos y producción teórica de la Psicopatología Descriptiva, el conjunto de saberes que provee permea a la sociedad –desde distintos ámbitos como pueden ser medios de comunicación o clínicas– y recibe reconocimiento como saber válido, en tanto científico; ahí se halla su capital simbólico.

El trabajo científico se lleva a cabo en un contexto normativo, en donde por “normativo” se hace referencia a las convenciones textuales y las prácticas requeridas por la comunidad científica con el fin de dar legitimidad a un conocimiento y otorgarle el estatus de científico (desde una epistemología social y política) en tanto existen relaciones de poder que permiten o no a un saber constituirse como verdadero dentro de un contexto social, político y ético preciso (Piron y Varin, 2015).

Por ello, la forma en que las tradiciones se instituyen y moldean el desarrollo teórico, no puede desprenderse del contexto de posibilidad del conocimiento científico, en tanto la ciencia y la legitimidad de la ciencia y su uso legítimo son objetivos por los que se lucha en el mundo social y en el seno del mundo de la ciencia (Bourdieu, 2003).

Por otra parte, como señalan Dogan y Pahre (1993), “en las ciencias sociales hay un fenómeno generalizado de interferencia entre las disciplinas” (p.9), esto es particularmente importante en el caso de la PD, puesto que integra el conocimiento de ciencias sociales y de ciencias naturales, por lo que es necesario establecer una distinción inicial sobre qué es y qué no es la psicopatología descriptiva, con respecto a otras disciplinas.

Se diferencia de la psiquiatría y de la psicología, por cuanto la psiquiatría se ocupa de la ciencia aplicada, el tratamiento, y la psicología se interesa por los procesos mentales en general, y la psicopatología sólo de la psicología de la anormalidad (Domènech, 1991). Se distingue de la neuropatología en que a ésta sólo le preocupan los problemas presentados en el sistema nervioso, aunque algunas tradiciones de la psicopatología incorporan el conocimiento neuropatológico en sus modelos.

En extenso, si bien la psicología y la psiquiatría han sido las principales disciplinas que han aportado el contenido a la psicopatología son ciencias diferentes. De acuerdo con Domènech (1991), Jarne y colaboradores (2006) y Moreno y Ortiz-Tallo (2013), la psicología se distingue en que a la psicopatología sólo le interesan aquellos aspectos que se refieren a la explicación psicológica de funciones mentales alteradas, rasgos patológicos y alteraciones en la personalidad con una patología mental (elementos que constituyen sólo una fracción del objeto de estudio de la psicología); de la psiquiatría se diferencia en que la psicopatología no se ocupa de la terapéutica, mientras la psiquiatría es la ciencia de la terapéutica mental.

En consecuencia, la psicopatología ha sido considerada como ciencia básica de la psiquiatría y como rama de conocimiento de la psicología (psicología anormal), esto la sitúa como sub-disciplina o especialidad de la psiquiatría y la psicología, aunque cuenta con su propio “programa”, una serie de lineamientos o normas sobre cuáles son los objetos a investigar y el objetivo de hacerlo, que es la promoción de la salud mental, asimismo provee criterios para representar tales objetos, mediante la clasificación y descripción (Psicopatología Descriptiva) y el modo de aplicar el conocimiento producido a la técnica –ciencia aplicada– mediante intervenciones clínicas (en psiquiatría y psicología clínica), por lo que este campo de conocimiento puede ser considerado como una especialidad (una tradición de investigación meta-teórica) compartida por las dos disciplinas *psi* (psiquiatría y psicología) que es lo que busca probar este trabajo.

Ahora bien, la psicología como disciplina orientada al estudio de la mente y el comportamiento humano en un sentido amplio puede prescindir de trabajar el campo de la PD, en tanto la *psicología de la anormalidad* es sólo una de sus ramas, por el contrario, la psiquiatría –en tanto ciencia aplicada– requiere la PD como modelo teórico, cualquiera sea la tradición utilizada; quizá por eso en la literatura suele darse una asociación directa entre la PD y la psiquiatría.

La presente investigación se centra en la Psicopatología Descriptiva, que mediante la definición de un conjunto de categorías provee la unidad de análisis a la Psicopatología Científica, los síntomas mentales. La PD, como se verá en el capítulo 4, provee objeto de estudio, unidad de análisis y problemas de investigación, así como ofrece un léxico y criterios sintácticos para la utilización del mismo, con lo cual permite la organización y clasificación de los elementos que son considerados como constitutivos de los trastornos mentales (de las psicopatologías).

Por otra parte, la literatura especializada en Psicopatología Descriptiva muestra diferencias en función de la formación del autor: los psiquiatras se refieren a ella desde la psiquiatría, y los psicólogos desde las perspectivas psicológicas de la anormalidad. Sea cual fuere la adscripción disciplinar, como se muestra en el capítulo 2, 3 y principalmente en el 4, los autores revisados coinciden en que las “psicopatologías” tienen componentes biológicos, psicológicos y sociales, por lo que tanto el objeto de estudio de la PD como las tradiciones que se desprenden de ésta tienden a concebir la psicopatología como multifactorial.

INTERSECCIONES INTERDISCIPLINARES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA PD

Dogan y Pahre (1993) proponen que las ciencias, a medida que se especializan, se fragmentan y dejan “vacíos”, que no pueden ser cubiertos por las sub-disciplinas, y que comparten objetos de investigación con otros campos de conocimiento. Cuando los fragmentos de distintas disciplinas, conocimientos “marginales” (o de frontera), se combinan para llenar el vacío, se presenta el proceso de hibridación, que produce “dominios híbridos” (p.11). Como se verá en el capítulo siguiente, la PD se desarrolló a partir de la combinación de ideas de la filosofía natural y de la filosofía moral primero, y a medida que se desarrollaron las disciplinas médicas y la filosofía de la mente comenzó a desarrollarse como “psicología”, amalgamó estos conocimientos para explicar la “anormalidad”.

De acuerdo con Dogan y Pahre (1993), el proceso de hibridación comprende la combinación de los conocimientos especializados de diferentes dominios, en que se recuperan zonas marginales (o conocimientos de frontera) de dos o varias disciplinas (p.68); la combinación implica una mezcla de fragmentos de ciencias, no debe confundirse con la síntesis, que consiste en aportar una interpretación nueva (p.80).

Si bien, la psicología y la psiquiatría se diferenciaron de la psicopatología y se institucionalizaron, la Psicopatología Descriptiva no tuvo una institucionalización académica como aquellas. Como señalan Dogan y Pahre (1993, p.79) hay dos tipos de dominios híbridos: uno institucionalizado, sea en tanto sub-disciplina de una disciplina formal, sea en calidad de unidad o programa en la encrucijada de varias disciplinas; el segundo sigue siendo informal, corresponde más a la apertura de un campo de estudio que la constitución de una sub-disciplina como tal.

El que un dominio (sea híbrido o monodisciplinario) no esté institucionalizado, no implica que no tenga influencia en el desarrollo de la ciencia, pues ésta puede presentarse bajo la forma de “colegios invisibles”, que se presentan a partir de la interacción o comunicación informal entre investigadores (Dogan & Pahre, 1993, p.81), puede haber colegios híbridos invisibles que cuenten con obras publicadas y una red de comunicación (p.87), debido a que no todas las combinaciones disciplinares desembocan en la creación de sub-disciplinas independientes, pueden permanecer como el campo de estudio de un grupo de investigadores con vínculos más flexibles.

La Psicopatología Descriptiva es un dominio híbrido (Dogan & Pahre, 1993), en tanto supone un amalgamamiento⁴ (Giménez, 2002, 2003) de diferentes saberes y áreas de conocimiento científico, pues al no estar institucionalizada como ciencia especializada, el campo de trabajo integra agentes pertenecientes a distintas áreas de conocimiento, entre las que destacan la psicología, la psiquiatría y actualmente el conjunto de saberes que recuperan de las disciplinas que integran las “neurociencias”⁵, cuya especialización como ciencias implica una construcción de objeto de estudio diferenciado al interior de cada una de ellas, así como supuestos ontológicos y

⁴ Unión de fragmentos de disciplinas para dar explicación a un objeto de estudio, pero no de manera que distintas ciencias aborden un mismo problema, sino sólo los puntos de convergencia entre estas, de tal forma que los puntos de común son los que se mezclan o hibridan para abordarlo, por lo que se trata de una mezcla por especialización de las disciplinas en donde se difuminan los límites científicos de cada una de ellas.

⁵ Integradas por el conjunto de disciplinas científicas que se ocupan del estudio del sistema nervioso y de las correlaciones entre las respuestas conductuales y los procesos orgánico-corporales que se presentan: neurología (psiquiátrica, anatómica, fisiológica, etc.), neuropatología, psicobiología, psicofisiología, neurobiología. Estas especializaciones no se ocupan de la psicopatología de manera exclusiva, sino que aportan conocimiento sobre algunas funciones consideradas como “anormales” en el nivel biológico que pueden o no ser adoptadas en la construcción del conocimiento de psicopatología. Los aspectos que han sido recuperados de estas disciplinas para la construcción de trastornos en PD serán abordados en el Capítulo 3.

epistemológicos distintos y por ende métodos de investigación divergentes, como se verá en el Capítulo 3.

Ello supone disputas por la legitimidad de los distintos modelos que integran su cuerpo de conocimiento, pues a las diferencias entre las disciplinas se integran aquellas que tienen que ver con la tradición a la que pertenecen quienes realizan la investigación en PD; como señalan Ritzer (2001) y Laudan (1977) las diferentes tradiciones (o paradigmas) y teorías compiten por la hegemonía en su dominio.

No obstante estas luchas entre los distintos modelos, el cuerpo descriptivo de la psicopatología integra los distintos saberes, en mayor o menor medida, en cuanto a que su objeto de conocimiento (los padecimientos mentales) no es reducible a ninguno de ellos, por lo que algunos autores apuestan por su complementariedad. Dogan y Pahre (1993) y señalan que esto es algo común en las ciencias, pues sucede en ocasiones (a menudo) que los diferentes modelos son incapaces de resolver los problemas empíricos en su totalidad, concuerdan con ello Ritzer (2001) y Laudan (1977); esto permite explicar la existencia de distintas tradiciones al interior de un dominio, en este caso de la Psicopatología Descriptiva, pues su objeto de estudio es “híbrido”, ya que contempla elementos biológicos, psicológicos y sociales, y en consecuencia amplía el debate sobre dónde habrían de enfocarse los modelos para su evaluación.

La PD incluye las descripciones de los síntomas y los criterios que permiten su observación como signos de los trastornos mentales, (ya sean denominados semiología, psicopatología descriptiva, descripciones psicopatológicas o psiquiatría descriptiva o básica), en el entendido de que en las descripciones de los síntomas, semiología, y en las clasificaciones es donde reside el punto de partida para la búsqueda de explicaciones causales, por lo que, en cierta medida, las descripciones organizan los estudios experimentales, clínicos y epidemiológicos, que requieren el constructo previo para someterlo a prueba.

Así, la Psicopatología Descriptiva se ocupa del estudio de la “anormalidad” en el comportamiento y el pensamiento, en donde aquello que se considera como normal y por lo tanto lo anormal, ha cambiado a través de la historia, y actualmente también varía con base en las teorías que se desarrollan en las distintas disciplinas. Asimismo, la historia del estudio de la “anormalidad” se

basa, precisamente, en las descripciones que de ella se han hecho a través del tiempo, por ello, la historia de la PD se centra en el estudio de la anormalidad a través del tiempo.

Hasta el siglo XIX el desarrollo del estudio de la anormalidad se centró en la descripción, y fue a partir de los modelos descriptivos que se realizaron las primeras clasificaciones y que surgieron las primeras tradiciones de investigación científica de la anormalidad. El objetivo del estudio de la Psicopatología Descriptiva es establecer leyes universales para explicar los problemas mentales (Jarne *et. al*, 2006; Moreno & Ortiz-Tallo, 2013) pero para ello el paso previo es la descripción y la clasificación (Jarne *et. al*, 2006; Keeley, Morton & Blashfield, 2015), y es en las descripciones en donde se integran tanto las descripciones de los síntomas como de las categorías de los trastornos mentales, las explicaciones causales, los pronósticos y los resultados experimentales, el conjunto de conocimientos desarrollados por la psicopatología científica en torno a las patologías mentales.

Las “patologías de la mente”, constituyen un objeto “híbrido” (Berrios, 2011, 2013) en tanto no se trata de un problema sólo biológico o sólo del comportamiento o sólo social, pues el problema es definido como tal socialmente, es visible a través del comportamiento y el discurso que las personas elaboran sobre el problema (nivel psicológico) y en ocasiones se correlaciona con anomalías en el organismo (nivel biológico). La imposibilidad de definir el objeto como un problema exclusivamente biológico, o exclusivamente psicológico o social, le vuelve “híbrido”, pues supone la conjunción de estas tres dimensiones en sí mismo, como se verá en los capítulos siguientes.

La posibilidad de existencia de esta Tradición de Investigación Metateórica, con conocimiento disciplinar híbrido y con diversos grados de institucionalización⁶, obedece en parte a su desarrollo histórico y a la falta de consenso en torno a la ontología de su objeto de estudio, por lo que esta falta de institucionalización, o segregación del campo de la psicopatología de manera autónoma, se encuentra vinculada con obstáculos derivados del contexto de posibilidad de su producción científica y con su contexto de justificación. Es decir, su falta de unificación tiene que ver con las diferencias disciplinares y de tradiciones tanto como con la complejidad que el objeto mismo, en cuanto multifactorial e “híbrido” (Berrios, 2011, 2013), involucra.

⁶ Por cuanto no está institucionalizada como rama de conocimiento autónoma del resto de las ciencias que nutren su producción.

Esto resulta particularmente relevante porque, como señala Berrios (2011, 2013) la Psicopatología Descriptiva constituye un lenguaje, y es a través de este que se presenta la comunicación acerca de salud y enfermedad mental fuera de los ámbitos académicos, en instituciones como la Organización Mundial de la Salud y las instituciones de gobierno ocupadas de la salud (como la Secretaría de Salud en el caso mexicano), recurren a este lenguaje para evaluar la salud mental⁷, por lo que hubo una consolidación de la psicopatología como modelo de análisis en ámbitos institucionales no universitarios, de manera “informal” o como “colegio invisible”. De esta forma, la PD funciona como “paradigma” en los ámbitos sociales, y como dominio ha producido tradiciones de investigación en las disciplinas *psi*.

NOCIÓN DE PARADIGMA Y TRADICIÓN

La mayoría de las ciencias son multiparadigmáticas, cada paradigma compite por la hegemonía dentro de la disciplina, así como las distintas teorías que son componentes de los paradigmas compiten entre sí, incluso al interior de un mismo paradigma; sin embargo, ningún paradigma es adecuado para explicar todos los fenómenos sociales (Ritzer, 2001), por lo cual actualmente se considera que esta pluralidad permite la complementariedad.

El paradigma tiene un papel central en la investigación como “lente” en el estudio que muestra qué observar y cómo interpretarlo, por lo que define la forma en que se construye el conocimiento a partir de los datos, que son buscados, seleccionados e interpretados según estas directrices amplias. En este aspecto, un elemento importante de la competencia entre paradigmas señalada por Ritzer (2001) se refiere al aspecto político, pues un paradigma puede contar con mayor respaldo o bien sus impulsores y seguidores pueden contar con mayor poder, lo que incide en su aceptación con respecto a otros. Si bien la ciencia tiene sus propias normas, en virtud de las cuales el triunfo de un paradigma no habría de ser reducido a la dimensión política, sí existe un elemento importante referido a la posición y los recursos dentro del campo, tal como lo plantea Bourdieu (2000, 2003).

Laudan (1977) señala que el concepto de paradigma de Kuhn ha resultado problemático debido a su ambigüedad y a que los paradigmas sólo pueden ser identificados señalando sus modelos o

⁷ Para fines estadísticos, por ejemplo, las evaluaciones e informes los realizan utilizando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) provista por la OMS.

fórmulas de solución (*exemplars*), y muchos investigadores a menudo utilizan las mismas leyes o *exemplars*, aunque se adscriben a perspectivas radicalmente divergentes acerca de las cuestiones más básicas de ontología y metodología (1977, p.75). Por ello, se propone la sustitución del término de paradigma por el de tradición de investigación para el estudio metateórico de la Psicopatología Descriptiva.

Ritzer (2001) y Laudan (1977) concuerdan en que los modelos o fórmulas de solución de los problemas, denominados como *exemplars*, son una parte constitutiva del paradigma (Ritzer, 2001) o tradición de investigación (Laudan, 1977), ya que representan la tradición y su forma de aplicación, a modo de ejemplo. Es decir, los *exemplars* son precisamente ejemplos significativos del modo en que la tradición se utiliza para la resolución de los problemas que plantea; pueden considerarse como arquetipos de la tradición. Estos modelos muestran la forma en que los problemas son resueltos en una tradición particular, por lo que teorías distintas pueden estar adscritas a un mismo *exemplar* (Laudan, 1977).

Los cuatro elementos esenciales de la tradición (determinar problemas de investigación; rol constrictivo –establecer una ontología y una metodología, constriñendo el tipo de teorías que pueden desarrollarse dentro de la tradición; rol heurístico para la construcción de teorías; y, rol justificativo) proveen una imagen y lineamientos generales sobre el objeto de investigación y su interpretación (Laudan, 1977). A estos elementos se añade la arquitectónica de las tradiciones (Ritzer, 2001), que son los temas subyacentes que estructuran y jerarquizan los temas de interés en torno al objeto de investigación de la tradición.

En otras palabras, aquello que Ritzer (2001) definirá como paradigma para el análisis metateórico, es aquí reemplazado por la noción de tradición de investigación propuesta por Laudan; esta decisión se basa en que, si bien la propuesta de Laudan resuelve problemas intrínsecos a la idea de paradigma, por ser una postura filosófica no contempla las dimensiones sociales de la misma, las cuales sí son integradas en el modelo ritzeriano. Así, la PD es abordada aquí como una *Tradición de Investigación Metateórica*.

Laudan (1977) propone que es necesario distinguir, dentro de lo que comúnmente se denomina como “teorías científicas” entre dos diferentes tipos de redes proposicionales. Se emplea el término de “teoría para denotar un tipo específico de doctrinas relacionadas (comúnmente llamadas

“hipótesis” o “axiomas” o “principios”) que pueden ser utilizadas para hacer predicciones experimentales específicas y para dar explicaciones detalladas de los fenómenos.

El término “teoría” es también usado para referirse a un tipo de doctrinas o suposiciones mucho más general y difícil de probar (*test*); en donde no se alude a una sola teoría sino a todo un espectro de teorías individuales. Entre estos dos tipos de teorías no sólo existen diferencias en cuanto a la generalidad y especificad, sino también en cuanto a los modos de apreciación y evaluación apropiados para cada una.

A estas teorías más globales, Laudan las denomina como *tradiciones de investigación*, y como Kuhn y Lakatos considera que cuanto más generales sean las teorías, mayor es su uso como herramientas primarias de entendimiento y apreciación del progreso científico (Laudan, 1977, p.72). Laudan afirma que las disciplinas intelectuales, tanto las científicas como las no científicas, tiene una historia de tradiciones de investigación, las cuales tienen un número de rasgos comunes, a saber (1977, pp.78-79):

1. Toda tradición de investigación tiene un número de teorías específicas que la ejemplifican y paralelamente la constituyen; algunas de estas teorías serán contemporáneas, otras serán sucesoras de unas anteriores.
2. Toda tradición de investigación exhibe ciertos compromisos metafísicos (y ontológicos) y metodológicos que, como conjunto, singularizan la tradición de investigación y la distinguen de otras;
3. Cada tradición de investigación (a diferencia de una teoría específica) atraviesa un número de diferentes, detalladas (y a menudo contradictorias) formulaciones y generalmente tiene una larga historia extendida por un periodo de tiempo significativo.

La Tradición de Investigación provee un conjunto de lineamientos para el desarrollo de teorías específicas. Parte de esos lineamientos constituyen una ontología que especifica, de modo general, el tipo de entidades fundamentales que existen en el dominio o los dominios dentro de los cuales se inserta la tradición. La función de las teorías específicas dentro de la tradición es explicar los problemas empíricos en el dominio “reduciéndolos” a la ontología de la tradición de investigación.

Más aún, la tradición de investigación da una idea general de las diferentes maneras en que estas entidades pueden interactuar.

A menudo, la tradición de investigación también especifica ciertos modos de proceder que constituyen los *métodos de investigación* “legítimos” (Laudan, 1997, p.79) abiertos para un investigador dentro de esa tradición. De esta manera, la tradición de investigación constituye, desde el punto de vista de Laudan, un conjunto de “haber” y “no haber” ontológicos (qué es lo que hay o no) y de “hacer” y “no hacer” metodológicos, que serán aplicados en las teorías específicas que participan en la tradición.

Laudan define una tradición de investigación como “un conjunto de supuestos generales acerca de las entidades y procesos en un dominio de estudio, y acerca de los métodos apropiados para ser utilizados para investigar los problemas y construir las teorías en ese dominio”⁸ (1977, p.81).

Toda tradición de investigación será asociada con una serie de teorías específicas, cada una de las cuales es diseñada para particularizar la ontología de la tradición de investigación y para ilustrar, o satisfacer, su metodología; no obstante, muchas de las teorías dentro de cualquier tradición de investigación serán rivales mutuamente inconsistentes, precisamente porque algunas teorías representan intentos, dentro del marco de referencia de la tradición, para mejorar y corregir a sus predecesoras (Laudan, 1977, p.81).

Las tradiciones de investigación, a diferencia de sus teorías específicas, no son explicativas ni predictivas ni directamente contrastables, son generales en sus planteamientos; en el nivel abstracto, especifican de qué está hecho el mundo y cómo debería ser estudiado, mas no proveen respuestas detalladas a preguntas específicas, antes bien, plantean qué preguntas pueden hacerse en el nivel de las teorías específicas para resolver problemas. Es decir, se vinculan con la resolución de problemas de forma normativa y ontológica (Laudan, 1977, pp.81-82).

Así pues, desde la perspectiva de Laudan, la importancia de la Tradición de Investigación se halla en que propone cómo habrán de desarrollarse las teorías específicas para resolver problemas empíricos. El éxito de la tradición, desde su perspectiva, no depende de su veracidad o falsedad, sino de su capacidad en la generación de teorías eficaces para resolver problemas. Además, las

⁸ Traducción propia.

tradiciones de investigación son creaciones históricas, pues son creadas y articuladas dentro de un medio intelectual particular, asisten en la generación de teorías específicas y siguen fases de desarrollo (Laudan, 1977).

Supuestos extra-teóricos justificados por la tradición

La función social que puede desempeñar una tradición no es abordada por Laudan, como tampoco la forma en que el contexto social influye en los agentes del campo científico que se ocupan de la construcción del conocimiento ni de la manera en que los conceptos pueden producir efectos no buscados. Es decir, en tanto la preocupación de Laudan es de orden filosófico, ya no desarrolla la relación de las tradiciones con el contexto social amplio. Para reconocer la existencia de esta relación, se propone aquí la categoría de “supuestos extra-teóricos” como parte de los supuestos justificados por la tradición, no problemáticos.

Como se dijo antes, las tradiciones incluyen supuestos justificados por la tradición (Laudan, 1977), Ritzer (2001) se refiere a los supuestos como supuestos de *dominio* o supuestos de trasfondo, recuperando a Gouldner. Estos supuestos no se producen por generación espontánea, sino que son el resultado del trabajo de investigación de quienes participan en el campo científico, en la construcción del conocimiento.

Los agentes que participan en el campo científico están dotados con distintas cotas de capital, así como ocupan posiciones diferentes al interior del campo, comparten, sin embargo, un bagaje común en términos del lenguaje “teórico” y del lenguaje propio de su “disciplina” (García, 2013), y comparten, además, un conjunto de conocimientos adquiridos en el curso de su formación, que incluye, también, un cúmulo de creencias externas al campo científico que son los imaginarios sociales, e internas, que son los imaginarios científicos.

Los imaginarios sociales son los *supuestos de trasfondo* de los que surgen los conceptos, los supuestos de trasfondo son creencias, convenciones socioculturales, valores, narrativas e incluso mitos que proveen esquemas de interpretación de la realidad que son construidos y compartidos socialmente (Girola, 2011, p.30).

Los conceptos son construcciones dinámicas que se repiensen continuamente y adquieren o pierden interés y validez de acuerdo a las circunstancias (Girola, 2005); las relaciones entre conceptos, así

como las tradiciones de conocimiento en cada disciplina particular, entonces, surgen del entramado de relaciones sociales que posibilitan la adquisición de relevancia de un concepto o constructo particular, así como de los imaginarios científicos (*incorporados* por los agentes que participan en su construcción y actualización) compartidos por los profesionales que integran el campo, históricamente situados. Así pues, los argumentos que se presentan a favor o en contra de una teoría son relativos a un momento histórico y a cierta evidencia que se considera verdadera (García, 2013).

En tanto la PD define la anormalidad en función de aquello que por convención se considera como “normal” en una sociedad, parte de su definición conceptual depende de criterios externos a la investigación científica, propios del conocimiento social y por tanto de los imaginarios sociales.

En lo referente a los conceptos provistos por la psicopatología, esta tradición se orienta a la construcción de *conceptos sistemáticos* (Bourdieu *et. al*, 2003, p. 54) que implican la referencia permanente al sistema de sus interrelaciones; esto es, las descripciones se basan en sistemas de categorías referidas al propio lenguaje técnico provisto por el campo de conocimiento científico y a las relaciones concebidas entre este conjunto de conceptos, así como también a las teorías precedentes que sirven como marco de referencia (García, 2013, p.81) tanto a los problemas que plantean como a su solución conceptual.

Por ello, además de los supuestos de dominio de la Tradición, justificados por ésta (supuestos no problemáticos), existen supuestos vinculados con el imaginario social (valores, creencias) que forman parte de la construcción del conocimiento de la tradición.

Se propone la categoría de *supuestos extra-teóricos* como objeto de análisis, por cuanto los conceptos y categorías de la Psicopatología Descriptiva cumplen *funciones extra-teóricas* (Hacking, 2001) normativas, incluso aunque no sea con consciencia de ellas, que se encuentran en su cuerpo teórico como *supuestos de trasfondo* (Girola, 2011) implícitos en las descripciones nosológicas construidas para describir los trastornos mentales, pues estos supuestos forman parte de las teorías específicas; se trata de temas y conceptos que son provistos y justificados por la tradición de investigación, por lo cual son compartidos por las tradiciones psicológicas y psiquiátricas que pertenecen a ella. Estos supuestos normativos provienen de los imaginarios

compartidos por quienes se ocupan del estudio de la PD, la función extra-teórica deviene entonces de ellos.

En tanto estos supuestos son justificados por la tradición de investigación, estos ya no son cuestionados por las teorías específicas, sino que son utilizados para construir conocimiento y constituyen un punto de partida para la elaboración de las teorías específicas de la tradición. Por ello, es necesario considerar las funciones normativas o “extrateóricas” (Hacking, 2001) que han permitido la integración y justificación de estos supuestos no problemáticos en la tradición de la Psicopatología Descriptiva.

Como se verá en los capítulos posteriores, el desarrollo de la PD se ve influido por las condiciones sociales, que delimitaron tanto la forma de abordar la “anormalidad” como impulsaron y posibilitaron la institucionalización (dentro y fuera de la Academia) de este campo de conocimiento y la institucionalización y consolidación de las disciplinas *psi*.

Finalmente, Laudan (1977, p.105) señala que hay tradiciones de investigación y escuelas científicas “no convencionales”, en el sentido de que carecen de ontología o metodología (“o en algunos casos ambas”) y tienen coherencia intelectual; emplea como ejemplo la psicometría, que se desarrolló con nada más que la convicción de que los fenómenos mentales podían ser matemáticamente representados.

En este aspecto, la Psicopatología Descriptiva parece una tradición poco convencional, pues los conocimientos son entremezclados tanto en las disciplinas como en los textos y las clasificaciones, pues retoman actualizaciones de las neurociencias, de la psicología, la antropología y la sociología, esto se complejiza debido a que no sólo se trata de conocimientos de ciencias sociales sino también de medicina (neurología y neuropatología) y de la biología.

La hibridación (Dogan & Pahre, 1993) en el campo de la Psicopatología Descriptiva hace difícil sistematizar su conocimiento para reconocer su ontología, metodología y problemas propuestos; sin embargo, el uso de los “tesauros”⁹ permite “tomar prestadas” las categorías entre las disciplinas

⁹ El “tesauro” es una lista de palabras o términos controlados empleados para representar conceptos, a fin de que las definiciones y conceptos sean empleados de manera homogénea por los investigadores.

psi, por lo que el lenguaje provisto por esta tradición y las reglas de aplicación que propone para utilizarlo, sirven como guía para rastrear tanto su ontología como los problemas que propone.

DIMENSIONES DEL ANÁLISIS METATEÓRICO

El estudio metateórico de una tradición comprende el estudio de diferentes dimensiones que participan en la construcción del conocimiento científico. Utilizando las dimensiones de interno-externo (Smelser citado en Ritzer, 2001) combinadas con las de intelectual-social, Ritzer (2001, pp.25-30) propone un modelo de análisis metateórico. Este estudio de dimensiones contempla tanto los elementos internos a la tradición como los externos a ella, en un eje en que se conjugan las cuatro dimensiones: interna social, interna intelectual, externa intelectual y externa social.

Estas dimensiones son fronteras analíticas que permiten la inteligibilidad de los elementos que componen un campo de conocimiento, no como entidades ontológicas que existan *per se*, por lo que son dimensiones continuas, no tienen fronteras fijas que delimiten los polos de cada una. Estas cuatro dimensiones, son:

- Interno-intelectual: En esta dimensión Ritzer propone que es necesario distinguir entre paradigma y teoría, y los programas de investigación teórica, las escuelas de pensamiento y los sistemas de ideas, así como la forma en que crecen y declinan. Propone también el análisis de lo que Gouldner (1970, citado en Ritzer, 2001) identifica como “supuestos de trasfondo” y “supuestos de dominio” para analizar la estructura de la teoría. Esta dimensión comprende, entonces, el cuerpo de conocimientos que al interior de la disciplina configuran sus objetos de estudio, programas de investigación, implica el análisis de los contenidos cognitivos del área de conocimiento; en este caso, los contenidos cognitivos serán abordados desde la perspectiva de la tradición de investigación, tal como la propone Laudan (1977).

Dentro de los supuestos de dominio, no problemáticos, se incluye la categoría de *supuestos extra-teóricos*, que es el conjunto de supuestos que son aceptados por la tradición, y justificados por ésta, aunque no son supuestos derivados de la construcción científica del conocimiento, sino de las normas sociales, por lo que son supuestos basados en funciones normativas y que cumplen con una “función extrateórica” (Hacking, 2001).

- Interno-social: Para Ritzer, esta dimensión enfatiza los aspectos comunitarios de las teorías como las “escuelas invisibles” (escuelas de pensamiento no institucionalizadas como tales) y los grupos y redes de investigadores, afiliaciones institucionales y lo que moldea la orientación teórica de los investigadores. Si bien Ritzer no considera la institucionalización de la disciplina en este nivel de análisis, para la presente investigación los procesos de institucionalización de la Psicopatología Descriptiva son considerados en esta dimensión.
- Externo-intelectual: Ritzer plantea que esta dimensión considera instrumentos, ideas, conceptos o teorías tomados de otras disciplinas. Los elementos retóricos, orientados hacia la persuasión, son considerados aquí desde la perspectiva de análisis del discurso.
- Externo-social: Involucra el nivel de la sociedad y la naturaleza de su impacto en la teorización, influencias culturales, tendencias sociales, la influencia de la ciencia, el impacto de la política, así como la relación con agencias, instituciones, etcétera. Este nivel equivale entonces al contexto de posibilidad de la ciencia y la influencia que ejerce sobre la sociedad o las instituciones. En esta dimensión se incluye la influencia que el conocimiento científico ejerce en la vida social; aunque Ritzer no especifica una categoría para este análisis, por ello, en este trabajo se recurre a la categoría “función extra-teórica” planteada por Mannheim (Hacking, 2001), que designa la función normativa que las teorías científicas desempeñan en la vida social.

El estudio de estas dimensiones favorece la comprensión de la producción de conocimiento científico desde una perspectiva sociológica, por cuanto considera no sólo el estudio de las construcciones teóricas sino también su posición en un contexto social amplio, entendiendo así las condiciones de posibilidad y el contexto de justificación como dimensiones continuas e integradas en el desarrollo de las disciplinas. Por ello, en esta investigación se recurre a estas cuatro dimensiones de análisis, aunque se centra en las dimensiones internas y principalmente en la interna intelectual de la Psicopatología Descriptiva, por lo cual sólo se señala la influencia que las dimensiones externas ejercieron en el desarrollo de este campo de conocimiento.

Ello obedece a que la investigación se ocupa de la construcción del conocimiento de la tradición con el objetivo de sistematizar y ordenar sus objetos y problemas, por lo que las dimensiones sociales sólo se describen como contexto de posibilidad para la producción del conocimiento;

conocer en qué medida cada organización social ha influido en la tradición excede a las posibilidades probatorias de este trabajo, pues requeriría una investigación independiente para cada época. Por lo anterior, en este capítulo sólo se desarrollarán las dimensiones internas, social e intelectual.

Dimensión Interna Social o Institucionalización

Esta dimensión puede hallar correspondencia con la noción de campo científico provista por Bourdieu (2003). No hay una teoría o modelo general de Institucionalización de las disciplinas científicas, sin embargo, Platt (2000) y Glatzer (2000) proponen un conjunto de criterios (principalmente académicos¹⁰) para reconocer una disciplina consolidada, esto es, institucionalizada; Glatzer considera como indicadores de institucionalización el establecimiento en instituciones académicas y la profesionalización, en este aspecto, la Psicopatología descriptiva no cuenta con “profesionalización” en el sentido de que no es una carrera profesional, antes bien, quienes se dedican a su desarrollo e investigación se encuentran adscritos a otras disciplinas.

Por su parte, Platt (2000, p.71) propone que las principales ideas en torno a lo que debe considerarse como institucionalización son:

- Criterios comunes para determinar la pertenencia a la disciplina y un consenso sobre las normas de la disciplina.
- Pautas estables de actividad y continuidad en el tiempo, con transmisión directa de ideas a las generaciones sucesivas,
- Instituciones distintivas o localización clara en el seno de una institución mayor como la Universidad
- Reconocimiento oficial por parte de los cuerpos formales pertinentes.

De manera más acotada, Platt (2000, pp. 72-87), propone rastrear la institucionalización de acuerdo con la presencia de asociaciones, puestos y cursos en instituciones académicas mayores, revistas y reconocimiento formal.

¹⁰ Si bien podría debatirse el límite que supone considerar la institucionalización de la Psicopatología sólo desde un punto de vista académico, escapa a los objetivos de esta investigación el entablar un debate sobre este tópico.

Con respecto a la pertenencia a la disciplina, no hay tal en PD porque quienes investigan están adscritos a la psiquiatría o a la psicología, que se han diferenciado de la PD; la psiquiatría como ciencia aplicada, y la psicología como disciplina con ramas de investigación independientes de la “anormalidad”.

En lo referente a las pautas estables, como se verá en los siguientes capítulos, hay una transmisión de generación en generación desde finales del siglo XIX de la noción de síntoma mental, pero ésta no se ha presentado necesariamente de manera formal, sino como “colegio invisible” y como programas de investigación a través de tradiciones al interior de las disciplinas *psi*. La PD se encuentra en institutos de Psicología y Psiquiatría, como programa de investigación de algunos investigadores en las universidades y como asignatura en las áreas de psicología clínica y en psiquiatría.

Dimensión Interna Intelectual

Al abordar la Dimensión intelectual de la Psicopatología como tradición de investigación metateórica, se recupera la noción de tradición de investigación tal como la propone Laudan, para explorar la forma en que los distintos modelos de la Psicopatología Descriptiva construyen el conocimiento, independientemente de las teorías específicas que los componen.

En lo referente a la relación entre la tradición de investigación y las teorías específicas, Laudan indica que hay dos modos en que se vinculan, uno es histórico y el otro es conceptual (1977, p.85). Las formas más importantes de interacción son las influencias generales que la tradición ejerce sobre sus teorías constitutivas. Estas influencias adoptan una variedad de formas (Laudan, 1977, pp.82-93), que pueden sintetizarse de la siguiente manera:

a) La tradición de investigación tiene un papel decisivo para determinar problemas. Uno de los roles de las tradiciones de investigación es delimitar, parcialmente y en resumen, el dominio de aplicación de sus teorías constitutivas, mediante la indicación de que ciertas clases de problemas son apropiados para el dominio, ya sea mediante su ontología o mediante su metodología. La metodología específica ciertos modos de abordar el problema que son legítimos para determinar cuáles son los datos por explicar, de modo que sólo los fenómenos que puedan ser estudiados por

esa vía constituirán problemas empíricos para las teorías constitutivas de la tradición; la ontología puede incluir o excluir ciertas situaciones dentro del dominio. Es decir, la tradición delimita el dominio, la forma de abordar los fenómenos dentro de él y cuáles fenómenos pueden problematizarse dentro de las teorías específicas.

Las tradiciones de investigación pueden tener un papel decisivo en especificar el tipo de cosas que pueden contar como problemas empíricos potencialmente resolubles para sus teorías constitutivas.

La tradición genera problemas conceptuales, de donde pueden sufrir tensiones entre las teorías y la tradición de la que forman parte, de donde se derivan los procesos de abandono o modificación de las tradiciones, lo cual es parte del proceso de desarrollo de las tradiciones.

b) La tradición de investigación tiene una función constrictiva. Su función primaria es establecer una ontología general y metodología para abordar todos los problemas de un dominio o grupo de dominios, como tal actúa negativamente como constrictión en el tipo de teorías que pueden desarrollarse en el dominio. De tal manera, la tradición de investigación dentro de la cual trabaja un científico le excluye de adoptar teorías específicas incompatibles con la ontología o metodología de la tradición.

c) Papel heurístico. Las tradiciones de investigación, precisamente porque postulan ciertos tipos de entidades y ciertos métodos para investigar las propiedades de esas entidades, pueden desempeñar un papel heurístico vital en la construcción de teorías específicas. El modo en que las tradiciones dirigen la construcción de las teorías específicas puede ser sutil y variado, empero, cualquier tradición de investigación renombrada contendrá lineamientos significativos acerca de cómo sus teorías pueden ser modificadas y transformadas, así como para mejorar su capacidad para resolver problemas.

d) El papel justificativo de las tradiciones de investigación. Una de las funciones importantes de las tradiciones de investigación es racionalizar y justificar teorías. Las teorías específicas hacen muchas asunciones acerca de las cosas, suposiciones que generalmente no están justificadas dentro de la propia teoría o por los datos que confirman la teoría. Usualmente, éstas son suposiciones sobre procesos causales básicos y entidades, cuya existencia y operación son “dados por hecho” por las teorías específicas.

Sancionando ciertas suposiciones por adelantado, la tradición de investigación libera así al científico que trabaja en ella de tener que justificar todas sus asunciones, y le da tiempo de enfocarse en problemas específicos.

Las tradiciones, para el científico trabajando dentro de ellas, identifican tres clases de supuestos: aquellos que no son problemáticos, porque están justificados por la tradición; aquellos que están prohibidos por la tradición; y aquellos que, no estando prohibidos por la tradición, requieren una base lógica (fundamentación) dentro de la teoría, puesto que la tradición no la provee. Entre los científicos trabajando en una tradición, habrá un consenso sobre a qué casilla corresponde un supuesto.

Considerando que la tradición es un constructo analítico, y es la unidad más amplia de consenso acerca de un dominio, aquí se propone que la Psicopatología Descriptiva es un sistema de inteligibilidad que ha orientado el desarrollo, primero de teorías y después de tradiciones, en los campos de la psicología y la psiquiatría, por lo que es posible definirla como una Tradición de Investigación Metateórica.

Se entiende por Tradición de Investigación Metateórica (TIM) *un conjunto de supuestos generales acerca de entidades y sus interrelaciones que constituye la unidad de consenso más amplia, que cumple funciones heurísticas, constrictivas y justificativas, para orientar la configuración de problemas y métodos apropiados para construir las tradiciones de investigación disciplinares que cumplirán las mismas funciones para el desarrollo de teorías específicas en un dominio de conocimiento.*

No se trata de una entidad ontológica sino de un constructo heurístico que permite la integración del conocimiento en PD (que se encuentra disperso entre disciplinas y sus modelos), de forma que pueda unificarse de manera coherente según las dimensiones de análisis metateóricas propuestas por Ritzer (2001), en el marco de la definición de Tradición de investigación provista por Laudan (1977). Es, pues, un sistema de inteligibilidad propuesto para el análisis de la PD desde una perspectiva de sociología del conocimiento y, como tal, es una de las interpretaciones posibles de este *corpus* de conocimiento, no una entidad “real” ni mucho menos la única opción “verdadera”.

Para entender la constitución de esta tradición de investigación metateórica es necesario contextualizarla en su desarrollo histórico, lo cual sirve tanto para conocer su contexto de posibilidad como para historizar algunos de sus conceptos fundamentales. La PD ha aglutinado el estudio de la anormalidad, empero se ha transformado a través de la historia y no es hasta el siglo XIX que la PD se perfila como un campo de conocimiento “consolidado”, por lo que, para comprender su configuración, se hace ahora necesario el estudio de sus antecedentes.

CAPÍTULO 2: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA

El objetivo de este capítulo es trazar la historia de esta Tradición de Investigación Metateórica, centrándose en la dimensión interna intelectual del campo de conocimiento de la “enfermedad mental” y la “psicología anormal” ya que, para entender la forma en que el conocimiento es construido en la época contemporánea, se requiere analizar la forma en que se desarrollaron sus tradiciones, en primer lugar porque el conocimiento generado incluso desde la antigüedad ha sido preservado parcialmente en algunas de las clasificaciones contemporáneas, y en segundo lugar porque, como señala Laudan (1977) el análisis de la tradición en sí mismo, implica el análisis histórico.

Si bien, en este periodo de formación y consolidación resulta difícil mostrar las diferencias en la ontología y métodos de los distintos modelos, se señalan algunos aspectos de las dimensiones sociales y externa intelectual que incidieron en el desarrollo de los temas que subyacen al conocimiento en Psicopatología Descriptiva, y el modo en que incidieron en su organización y delimitación para que, en el siglo XIX, comenzara a perfilarse como una tradición de la que se desprenderían programas de investigación tanto en la psiquiatría como en la psicología.

El presente capítulo aborda la historia del estudio de la “anormalidad”, entendida como el estudio de comportamientos e ideas que fueron considerados como problemáticos por los filósofos de distintas épocas (considerando que las ciencias modernas derivaron de la filosofía). Este grupo de antecedentes abarcan el lapso que va desde la antigüedad –el periodo grecolatino– hasta la Segunda Guerra Mundial, a fin de comprender los orígenes del objeto y método de estudio de la psicopatología descriptiva, que se instituyó como campo de estudio en el siglo XIX, aunque tras la década de los cincuenta del siglo XX se transformó (tanto en su aplicación como sus modelos).

La Psicopatología Descriptiva se ha desarrollado a partir de innovaciones y actualizaciones en los campos de la anatomía, la filosofía y la fisiología, por lo que la acumulación de conocimiento, parcial, incidió en su configuración. En este sentido, hablar del desarrollo de la ciencia implica una continuidad histórica, por lo que todo corte temporal es arbitrario. La decisión de mantener los antecedentes hasta la Segunda Guerra Mundial radica en que fue tras este periodo que: 1) la psiquiatría se institucionalizó fuera de las escuelas de medicina, mediante la creación de institutos;

2) la psicología se institucionalizó como disciplina fuera de las facultades de filosofía; 3) se crearon clasificaciones internacionales en torno a la salud mental; 4) surgieron modelos de evaluación y clasificación diagnóstica; y, 5) inició el empleo de la farmacología para el tratamiento de problemas “mentales”. Estos cambios, posteriores a la década de 1940 fueron decisivos en el desarrollo de la Psicopatología Descriptiva contemporánea, por lo que requieren un análisis separado.

Un problema al historizar la psicopatología es que, debido a que la enfermedad y padecimiento mental son definidos según criterios culturales e históricos en cada sociedad determinada (Berrios, 2011; Millon, 1981, 2015; Domènech, 1991, Halgin & Kraus, 2004), no tiene un objeto “trans-histórico” (Berrios, 2011); no es una disciplina con historia propia por lo que para describir sus antecedentes y desarrollo histórico se hace necesario abordar la historia de las dos disciplinas más importantes en la formación de contenido de la disciplina, que son la psicología y la psiquiatría (Domènech, 1991), las cuales comparten antecedentes históricos.

Tanto la historia de la psiquiatría como la historia de la psicología comparten los mismos precedentes que se señalan en la literatura como propios de la psicopatología descriptiva; ello se debe a que las dos disciplinas se separaron conforme se comenzaron a consolidar las disciplinas científicas en general, pero surgieron de las mismas ramas de conocimiento filosófico e, inclusive, algunos autores (como Dogan & Pahre, 1993, y Millon, 1981) consideran que la psicopatología descriptiva fue lo que permitió e impulsó el desarrollo de la psicología y la psiquiatría como ciencias. Si bien la historia de estas disciplinas está entrelazada con la de la Psicopatología Descriptiva, en este capítulo sólo se consideran en su relación con ésta, pues por cuestiones de tiempo y espacio no es posible revisar las trayectorias de cada una¹¹.

Un segundo problema al historizar el campo de la PD es que cada autor coloca el énfasis en procesos diferentes, aunque concuerdan las fechas y los personajes: mientras los psiquiatras como Berrios (2011) y Restrepo (2007) conciben a la psicopatología descriptiva como sinónimo de psiquiatría descriptiva, como lenguaje psiquiátrico, reconocen la importancia de la teoría psicológica (para dar sentido a las clasificaciones psiquiátricas, a los síntomas mentales y a la psicopatología en general, de la cual depende la práctica de la psiquiatría clínica) pero se centran

¹¹ Considérese que la historia de la psicología, la historia de la psiquiatría, la filosofía de la psicología y la filosofía de la psiquiatría son cursos especializados en las universidades.

en el desarrollo histórico de clasificaciones y de “síntomas mentales”; por su parte, los psicólogos como Millon (1981, 2015), Halgin & Krauss (2004), la consideran como el estudio de las conductas, pensamientos y sentimientos anormales, por lo que los primeros enfatizan los modelos médicos y los segundos los desarrollos de las distintas teorías externas a la psiquiatría y la medicina, por lo cual el objeto “psicopatología” tiene distintas acepciones históricas que han sido tratadas también de manera diferente.

Finalmente, es necesario señalar que este campo se ha configurado mediante los esfuerzos paralelos en el desarrollo de modelos explicativos y estrategias de intervención terapéutica, por lo que la “clínica” y la “teoría” de las patologías psíquicas son en ocasiones inseparables para el estudio de la constitución de los modelos explicativos. A partir del desarrollo de las ciencias modernas, especialmente en el siglo XIX, es posible hablar de la consolidación del estudio “de la anormalidad” como campo científico, en virtud de lo cual se abordarán las tradiciones de la Psicopatología Descriptiva propuestas por Millon (1981, 2015), como instrumento de análisis de su desarrollo como *tradicición*.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La psicopatología descriptiva es una disciplina muy reciente, desarrollada como tal apenas hasta el siglo XIX (Millon, 2015), si bien a lo largo de la historia escrita se han observado, descrito y ponderado los pensamientos y conductas que en cada época histórica han sido considerados extravagantes (Millon, 1981; Domènech, 1991). Lo que distingue el cuerpo central de la psicopatología son los problemas emocionales, conductuales y cognitivos que se consideran graves e infrecuentes, en tanto los eventos cotidianos dramáticos de la vida, suelen ser considerados como inherentes a la vida de los seres humanos o de su naturaleza (Millon, 1981), como trastornos leves. No obstante, debe considerarse que aquellos problemas que se consideran extraordinarios, no cotidianos, han cambiado a través del tiempo. Como se verá más adelante, lo que antes era considerado un problema cotidiano ahora puede ser considerado como psicopatológico.

De acuerdo con Millon (1981, 2015) históricamente, tanto los “expertos” como los profanos consideraron que sólo los trastornos notablemente graves pertenecían al terreno de la psicopatología, y asumían que los trastornos leves de personalidad –hoy considerados precursores

de trastornos más graves— eran consecuencia de inferioridad moral, terquedad, vanidad o disipación, por lo cual los problemas “leves” fueron atacados con el ridículo, la condenación y la censura.

A medida que el estudio científico comenzó a consolidarse, los diferentes modelos de la psicopatología se fueron desarrollando de manera divergente, en ocasiones con tradiciones y terminologías aisladas entre sí, en este sentido el desarrollo moderno (a partir del siglo XIX) de la psicopatología, comprende cuatro tendencias dentro de las disciplinas psicológica y psiquiátrica, de modo que

[...] las distintas disciplinas que se han desarrollado hasta nuestros días con procedimientos formativos y educativos especializados dividen los grupos profesionales interesados en el estudio de la psicopatología; por ejemplo, la psiquiatría de orientación médica con su tradición en biología y fisiología; la psiquiatría psicodinámica con su interés por los procesos intrapsíquicos inconscientes; la psicología clínico-personológica con su interés en la estructura y medida de la personalidad y la psicología académico-experimental con su enfoque científico de los procesos básicos de la conducta. Cada una de ellas ha estudiado aquellas cuestiones complejas con un enfoque y énfasis diferente [...] si seguimos la historia de cada una de estas tendencias divergentes veremos de qué manera los distintos modos de pensamiento actuales tienen sus raíces en acontecimientos casuales, ideologías culturales y descubrimientos accidentales, además de en la innovación brillante y creativa. (Millon, 1981, p.4)

La psicopatología descriptiva, comprende la conjunción de modelos teóricos provenientes de teorías psicológicas y modelos de origen médico y biológico (Millon, 1981,2015; Berrios, 2011), por lo que su consolidación como saber científico ha dependido de la institucionalización de las disciplinas de donde han surgido las distintas teorías que la conforman; no obstante, actualmente la Psicopatología Descriptiva ha sido y “es parasitaria de la teoría psicológica” (Berrios, 2011, p.148).

Antigüedad

El ser humano primitivo y las civilizaciones antiguas consideraron lo infrecuente y extraño dentro de un marco de referencia mágico y mitológico, las civilizaciones anteriores a la Grecia clásica en el oriente próximo, adjudicaron los problemas a espíritus malignos que poseían el cuerpo o lo dañaban como castigo por malas conductas, la única excepción son los egipcios, pues se cree que ellos adjudicaban el problema al cerebro (Domènech, 1991; Millon, 1981, 2015); en tanto espíritus buenos o malos eran conjurados, la conducta extraña y terrorífica era adjudicada a espíritus demoníacos, por lo que el tratamiento consistía en exorcizarlos y en algunas sociedades se practicaban operaciones hoy denominadas trepanación, mediante las cuales se extirpaba un segmento circular del cráneo a través del cual los demonios podían escapar. Estas “terapéuticas” primitivas de choque, muerte por inanición y cirugía han tenido sus paralelos en la historia reciente, aunque los antiguos las basaban en la concepción más ingenua de la demonología; en la antigüedad, sin embargo, llegó a presentarse que se pensara que el enfermo estaba poseído por espíritus sagrados, en cuyo caso era venerado y se promovía una visión favorable de la enfermedad (Millon, 1981, 2015).

Las primeras transformaciones respecto a este pensamiento mágico o sobrenatural, dentro de la dimensión interna intelectual, surgieron en el pensamiento grecolatino. En el siglo VI a.C. el médico sacerdote Alcmeón relacionó los sentimientos con procesos cerebrales y dedujo que la deficiencia en el razonamiento debería ser el resultado de la patología cerebral; sin embargo, fue hasta el siglo V a.C. que se realizaron progresos auténticamente radicales al desplazar las supersticiones de los espíritus animados y la medicina de los templos religiosos, a partir del trabajo de Hipócrates (460-367 a.C.) surgió la perspectiva naturalista (orgánica) de que el origen de las enfermedades habría que buscarlo en el paciente y no en los fenómenos espirituales. Aunque Hipócrates no incluyó el papel de la experiencia del desarrollo vital en su concepción biológica de la causalidad, estableció la tradición de la historia clínica¹² personal al detallar el curso de resultados de las enfermedades que observaba (Millon, 1981, 2015).

¹² La “historia clínica” es un registro de las enfermedades que ha padecido una persona a lo largo de su vida. Antecedentes heredofamiliares (diabetes, cáncer, antecedentes de psicosis o cualquier otra enfermedad que se considere genéticamente transmisible), historia de la gestación, y cualquier elemento que pueda vincularse con la salud de la persona.

A través de estas historias se obtuvieron descripciones de una variedad de enfermedades, si bien por falta de observaciones precisas de la estructura corporal y al no poder realizar disecciones a causa de los tabúes, los médicos hipocráticos crearon explicaciones hipotéticas, pero erróneas, sobre la enfermedad, atribuidas a *humores corporales*. Según la teoría de Hipócrates, la causa de la enfermedad proviene de un exceso o desequilibrio entre los cuatro humores corporales: bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema.

La clasificación de Hipócrates de los temperamentos en colérico, melancólico, sanguíneo y flemático –términos todavía presentes en nuestro vocabulario actual– corresponde respectivamente a los excesos de bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema. La histeria, considerada actualmente como una reacción psicogenética, fue atribuida entonces a una desviación uterina (*hysterikós*), y considerada como una enfermedad únicamente femenina (Domènech, 1991; Millon, 1981, 2015).

Aunque en retrospectiva pueda parecer una concepción ingenua, el modelo hipocrático constituyó un enfoque naturalista de las enfermedades, y a partir de él se produjeron prescripciones que influyeron en desarrollos posteriores, llegando su influencia hasta la actualidad (Millon, 1981, 2015), por ejemplo, en el empleo de la “historia clínica” para el estudio del curso de la enfermedad o problema. Estas clasificaciones son antecedentes tanto para la tradición psicoanalítica como para la de la psicología clínica y personológica, pues la noción de “temperamento” constituyó una de las ideas seminales para el estudio de la personalidad, y el psicoanálisis fue desarrollado a propósito del análisis de la histeria.

Platón (429-347 a.C.) argumentó en favor de un enfoque humano de los individuos mentalmente enfermos y subrayó el papel que juegan los factores socioculturales en el origen de la enfermedad; sin embargo, fue incapaz de superar completamente la mitología espiritual de su tiempo y promulgó la concepción de que muchas enfermedades podrían atribuirse a la intervención divina. Por su parte, Aristóteles (384-322 a.C.) realzó la importancia que Hipócrates dio a las funciones corporales, pero minimizó la que concedió Platón a los factores psicológicos y culturales, por otra parte, consideró al corazón como el principal agente de causalidad en el desarrollo de las enfermedades (Domènech, 1991; Millon, 1981, 2015)¹³.

¹³ Con la filosofía clásica griega, especialmente platónica, inicia el enfoque psicológico de los trastornos.

En la Roma antigua, las creencias en los espíritus animados y en las intervenciones divinas fueron sustituidas gradualmente por las concepciones naturalistas de Hipócrates. Aunque Asclepiades (100 a.C.) rechazó la teoría humoral de Hipócrates, defendió el diagnóstico naturalista y el tratamiento humano. Las observaciones de Areteo (30-90 d.C.) alentaron la idea de que las enfermedades mentales eran “procesos normales exagerados”¹⁴, e hizo clasificación de enfermedades según su síntoma; su contemporáneo no médico, el enciclopedista Celso, reorganizó los conceptos básicos de Hipócrates en grupos distintos de entidades mórbidas, entre sus contribuciones originales a la teoría hipocrática se encontraba la idea de que las enfermedades mentales afectaban a todo el comportamiento del individuo y no a un órgano sólo. Sorano (120 d.C.), basó sus enseñanzas en las clasificaciones de Celso, la melancolía fue considerada un exceso de bilis negra; la histeria, como un trastorno uterino; la *frenitis*, como una enfermedad febril relacionada con el diafragma (*phren*); la hipocondría era atribuida al hipocondrio, así como la histeria lo era al útero (Millon, 1981, 2015).

Esta clasificación hipocrática junto con las compilaciones similares realizadas por Galeno (130-200 d.C.) estuvo en vigor durante varios siglos. Aunque los conceptos humorales de Hipócrates permanecieron ocultos durante el periodo de la demonología medieval, revivieron de nuevo con el Renacimiento (Millon, 1981, 2015). El pensamiento griego aportó el elemento de la racionalidad filosófica, pero esta fue rápidamente abandonada durante la época medieval, y aun antes primaron las explicaciones —y búsqueda de curas— mágicas (Domènech, 1991).

Edad Media y Renacimiento

Durante el periodo medieval, la prohibición y persecución de cualquier estudio que se considerara herético supuso un límite fáctico para las investigaciones naturalistas, esto forma parte de la dimensión externa-social; las condiciones religiosas y políticas de esa época llevaron a que la perspectiva orgánica y la psicológica quedaran relegadas frente al enfoque mágico o sobrenatural.

¹⁴ Probablemente, este fue el primer antecedente del enfoque dimensional de los trastornos, que los concibe como un continuo entre la salud y la enfermedad.

Tras la muerte de Galeno y la caída del Imperio Romano, las ideas de Hipócrates permanecieron ocultas durante siglos. En la era del año 1000, la superstición, la demonología y el exorcismo volvieron a renacer para ser elaboradas con mayor intensidad a través de la hechicería y la brujería. Con algunas excepciones, el naturalismo del periodo grecorromano fue totalmente condenado o tergiversado por las nociones de lo mágico. Solamente en Arabia los aspectos humanos y naturalistas del pensamiento hipocrático permanecieron libres de la influencia del primitivismo y demonología floreciente en Europa (Millon, 1981, 2015).

Durante la edad media y la expansión del Imperio Romano, había dos posturas predominantes debatiéndose, la primera, que predominó desde los siglos VI al XVII en que se consideraba como la posesión demoníaca del cuerpo y aquella que durante el siglo XVII y hasta el XVIII consideró que se trataba de la posesión demoníaca del alma; ambas posturas, eran las hegemónicas en virtud del poder de la Iglesia medieval y la caracterización herética de cualquier postura que planteara algo diferente. En este periodo en las regiones orientales musulmanas, surgieron los centros de internamiento de los enfermos, aunque este tipo de centros tardaron mucho tiempo más en aparecer en los países cristianos occidentales (Domènech, 1991).

Con la llegada del siglo XVI, entre las supersticiones medievales y los tratamientos inhumanos aún persistentes, surgieron los primeros desafíos enérgicos y los planteamientos científicos (Millon, 1981, 2015). Quizá dichos planteamientos no fueron propiamente “científicos”, aunque sí filosóficos en primera instancia, pues es el periodo en que comenzaron a perfilarse los sistemas de ideas que dieron origen a las ciencias (dimensión interna y externa intelectual). El cambio en la idea de la posesión del alma en lugar del cuerpo puede vincularse con la separación del cuerpo y la mente, como espacio del alma, así como con el hecho de que los esfuerzos naturalistas en la botánica dieron un nuevo impulso al pensamiento naturalista también en la filosofía. En el terreno psicológico, antes de una psicología científica (institucionalizada con el positivismo en el siglo XIX, pero con tradiciones en el pensamiento filosófico) aparecieron relaciones con una psicología filosófica, pues fueron los filósofos quienes se ocuparon del estudio de la mente y sus procesos (Domènech, 1991). Con el surgimiento de estas ideas, también comenzaron a aparecer críticas a la forma en que las personas enfermas eran tratadas.

Juan Luis Vives (1492-1540) propugnó la compasión humana por los enfermos mentales y a observar que los recuerdos dolorosos y olvidados hace tiempo podrían recordarse a través de asociaciones reflexivas, con lo que se anticipó a las ideas psicoanalíticas modernas. Su contemporáneo suizo Paracelso (1493-1541) defendió, pero sin consistencia, las causas naturales de la enfermedad mental; su contribución al papel de los factores psíquicos en las enfermedades “se contaminó” de las creencias en el “magnetismo” corporal y de la convicción de que los fenómenos lunares determinaban el curso de una enfermedad¹⁵. Jean Fernel (1497-1588), el primer médico que empleó la palabra fisiología, consiguió un notable progreso en la explicación naturalista de la enfermedad, por medio de su sistema basado en la anatomía, Fernel revivió y aumentó el enfoque hipocrático de la correlación entre enfermedad y estructura corporal. El neerlandés Johann Weyer (1515-1588) es considerado el padre de la psiquiatría moderna debido a que a él se atribuye la primera denuncia de la demonología y a que afirmó que “los brujos” eran enfermos, e insistió en que el tratamiento debería ser médico y humano; aunque no formuló teorías propias (Millon, 1981, 2015).

Como señala Foucault (1987) deshumanizar la enfermedad en la época antigua implicó enajenar las verdaderas causas de la “locura” a seres imaginados, y por ello, retrasar la búsqueda de una manera de ayudar a quienes padecían este tipo de problemas, excluyéndolos de algunas actividades sociales propias de la época y colocándolos en posiciones de inferioridad en la escala social, despreciándolos o bien humillándolos; el problema mayor era, en este sentido, que al mismo tiempo que no se les culpaba de su padecimiento, tampoco se buscaba ayudarles, pues la única manera que se utilizaba eran los medios mágicos o las plegarias, manteniéndolos así excluidos del grupo social. Durante la época medieval, en que las supersticiones “paganas” fueron reemplazadas por las religiosas, en forma de dogmas de fe, la demonología no sólo mantuvo la exclusión, sino que la radicalizó en el sentido de que al ser poseídos por el demonio, sólo a través del exorcismo y la tortura se contemplaba su salvación, y no del cuerpo, sino del “alma” por lo que se mantenía el alienado como parte de la sociedad, pero en una posición no ya inferior, sino estigmatizada y rechazada por los miembros de la sociedad.

¹⁵ De esa creencia en la influencia lunar resultó que las personas fueran llamadas “lunáticas”.

Esta situación se modificó con el advenimiento del Renacimiento y la Ilustración pero, para Foucault (1987, 2015a), fue un aún peor esta rehumanización de la alienación, pues mientras se reconocía el origen corporal de la enfermedad, al mismo tiempo al alienado en cierta medida se le negaba el reconocimiento de que era humano y por tanto sus derechos. Al surgir el internamiento clínico (como se verá más adelante), se negaba el derecho al alienado a ejercer su propia voluntad; de modo que la definición del origen humano de la enfermedad excluía nuevamente al individuo de la sociedad, pero ahora de una manera más aguda, negándole el derecho como ser humano, alejándolo de toda la sociedad, mediante el internamiento clínico.

Durante el renacimiento, en el siglo XVI, se localiza el surgimiento de la psicología moderna¹⁶ (Domènech, 1991), las aportaciones de R. Descartes (1596-1650) proporcionaron, a partir de su dualismo, la posibilidad de estudio del cuerpo y de la mente, en que el espíritu podría conocerse mediante la introspección; B. Spinoza (1632-1677) intentó conciliar el dualismo cartesiano mediante la teoría del “paralelismo psicofísico”, según la cual los procesos mentales conscientes pueden describirse, así como distinguía entre las sensaciones (fenómeno orgánico) y la percepción (que correspondería al alma). G. Leibniz (1646-1716) supuso que los actos del alma se explican a partir de causas mentales, sin que estén relacionados con los del cuerpo en un principio, por lo cual se considera como uno de los pioneros en la formulación del inconsciente. El trabajo de F. Bacon (1561-1626), por su parte, influyó en el pensamiento de J. Locke (1632-1704) considerado el fundador de la psicología empirista, pues a partir de él se desarrolló el modelo *asociacionista*, que suponía que los problemas del pensamiento eran resultado de fallos en la asociación, y permitió la separación de la psicología y la filosofía (Domènech, 1991).

Así, en el periodo del renacimiento se recuperaron las perspectivas organicista y psicológica de los problemas del comportamiento, gracias al desarrollo de la perspectiva naturalista del cuerpo y del dualismo cartesiano que propició la separación de la religión del estudio del cuerpo y la percepción; aunque ninguna de estas se posicionó como la más importante en este periodo, y su resurgimiento no supuso el abandono total de las ideas mágicas acerca de los comportamientos “anormales”.

¹⁶ Y así también el antecedente del enfoque psicológico moderno de los trastornos mentales.

DESARROLLO MODERNO DE LOS MODELOS DE ENFERMEDAD MENTAL: SIGLOS XVIII-XX

Durante el Renacimiento se dio impulso a la observación del mundo físico (dimensión externa social e intelectual), y se modificó la manera de caracterizar la locura –aunque se mantuvo la hegemonía de la demonología eclesiástica y las supersticiones en general– comenzaron a aparecer explicaciones que adjudicarían los problemas al cuerpo, dando origen a las explicaciones anatómicas y fisiológicas de la locura, las cuales se volvieron sumamente influyentes en el ámbito del desarrollo científico, que comenzó en este periodo (dimensión interna intelectual).

A partir del trabajo de Descartes se separaron la visión del alma y el cuerpo, lo cual permitió establecer la distinción entre la locura (como enfermedad del cuerpo) y el castigo divino (como castigo por el pecado), por lo que se buscó tratar los problemas mentales en el ámbito médico. La locura, como enfermedad, comenzó a observarse como un problema de la mente, si bien muchos de los métodos empleados eran tortuosos, la explicación pasó del ámbito religioso al científico. La caracterización del “loco” se convierte en la de un enfermo de la mente que requiere atención y cura. En este cambio de perspectiva influyeron los avances médicos de la época, particularmente los dedicados al estudio del cerebro, así como el trabajo de los filósofos que caracterizaron diversas conductas anómalas producto de las interacciones de los individuos con su entorno (Domènech, 1991; Foucault, 1987).

A pesar del predominio de la demonología durante los dos siglos siguientes, surgieron dudas con respecto a sus causas sobrenaturales. En el siglo XVI se llevaron a cabo intentos de investigación sobre las causas naturales de las enfermedades corporales a cargo de anatomistas y fisiólogos. Los filósofos como Bacon, Descartes, Spinoza, Hobbes, Leibniz y Locke prestaron sus contribuciones al conocimiento de los procesos mentales. Los ensayos y libros de Voltaire, a mediados del siglo XVIII, contribuyeron ampliamente a revivir el interés por el tratamiento humano y naturalista (Millon, 1981, 2015), porque exaltaban la razón en oposición a las ideas religiosas y propugnaban por el abordaje de los eventos humanos según ideas de tipo naturalista, no con base en el dogma religioso.

En el periodo del Renacimiento, no fue sólo la perspectiva médica, entonces, la que impulsó el cambio en la definición de la locura y la enfermedad, antes bien, en esta etapa es posible ubicar el nacimiento del cuerpo moderno, en tanto se “desencantaron” (abandonaron la explicación “mágica”) los mecanismos que explicaban el funcionamiento del cuerpo; declinó la tendencia a atribuir estos mecanismos a la influencia de fuerzas ocultas o místicas, aunque no desaparecieron por completo estas ideas, ciertas condiciones estructurales coadyuvaron a la conformación del cuerpo como una entidad individualizada, generando así un mismo proceso de control social y control del cuerpo (Olvera & Sabido, 2007).

Para Foucault (quien sitúa su análisis en las condiciones sociales e intelectuales de la época y por tanto en la dimensión externa social e intelectual), fue la negación de esta subjetividad lo que enmarcó el tratamiento de la enfermedad mental, pues las etapas de percepción sobre la alienación mental, tuvieron como elemento típico que no hubo una definición de la condición de los alienados en términos subjetivos o individuales, ni siquiera en términos plenamente científicos, al contrario, la definición de la patología se basó en la definición de la normalidad, como aquél apego al *status quo* establecido por las clases en el poder o hegemónicas, volviéndose anormal todo aquello que se rebelara a las normas y valores de ese grupo en el poder (1987). En este sentido, es posible inferir que quienes ostentaban el poder eran quienes estaban facultados para calificar la razonabilidad del comportamiento individual, estableciendo así dispositivos de control, tanto social como corporal.

En el pensamiento de Foucault (2015a, 2015b) el surgimiento de los sistemas de internamiento y la “cosificación” de la locura inauguran la “época clásica de la experiencia de la locura” (2015a, p.72), en que el encierro reemplaza al exilio en el tratamiento de la locura; empero, la locura se vuelve “objeto” (es cosificada) para la filosofía y la medicina, lo que perfilaría más adelante el objeto de “enfermedad mental” como objeto para la psiquiatría y la psicología. Es decir, el “gran encierro”, el internamiento, fue lo que posibilitó el surgimiento de la psicopatología (Foucault, 2015a, 2015b; Berrios, 2011). La época clásica fue el periodo en el cual comenzó a perfilarse la labor del médico de diagnosticar y tratar la locura como enfermedad, y más específicamente como enfermedad de la razón, la locura se convertiría así en una entidad relacional, pues era conceptuada en relación con la razón, en el pensamiento foucaultiano. Empero, la medida de la razón sería entonces una medida moral, toda vez que lo racional y lo razonable eran dictados tanto por una

moral hegemónica como por el grupo de intelectuales y médicos legitimados socialmente como expertos.

Asimismo, Foucault señaló que durante el siglo XVII se crearon internados cuyo régimen sufrieron los locos y en donde Pinel y los demás fundadores de la Psiquiatría desarrollaron sus primeros trabajos; a partir del siglo XVIII los Internados fueron al lugar común para la locura, pero originalmente –en el siglo XVII– fueron fundados para “ocupar” y separar de la sociedad a pobres, enfermos, insensatos y desocupados, si bien durante el siglo XVIII la práctica del internamiento se extendió a *libertinos, enfermos venéreos y degenerados* de diversa índole (2015a, pp.80-87), por lo cual, los trabajos desarrollados en los siglos posteriores al internamiento tomaron como sujetos de investigación no sólo a personas con padecimientos fisiológicos o delirantes, sino a cualquiera que, según los esquemas morales de la época, fuera degenerado o insensato, así como a pobres.

El trabajo con estos grupos sociales marginados favoreció el desarrollo e institucionalización tanto de la psiquiatría como de la psicología en los siglos posteriores, al proveer un espacio de estudio y sujetos para la investigación, pero, sobre todo, un laboratorio en donde podían realizarse pruebas y experimentos directamente en humanos (en tanto se probaban tratamientos cuyo efecto se desconocía). La organización social de la época no sólo permitió esta institucionalización del internamiento, sino que además proveyó las condiciones para el trato inhumano de los internos, pues los mecanismos de marginación y la franca indiferencia a estas condiciones asilares, así como la preeminencia de la medicina eran legitimadas por las sociedades europeas en ese periodo histórico. Con todo, el internamiento favoreció el registro *sistemático* de las conductas definidas como patológicas.

En este sentido, señala Foucault (2015a) que el conocimiento científico fue resultado de un conocimiento social (dimensión externa social), que recurrió a los internados para excluir de la organización social a los “asociales” y a la enfermedad mental para nombrar de manera “positiva” el malestar social; se confinó por igual a los “locos” independientemente de su condición, no distinguiendo entre las deficiencias intelectuales (taras) y las conductas “inmorales” o de “inclinaciones malvadas”, siendo estas definidas por quienes solicitaban el internamiento en primer lugar, ya fueran familiares, sacerdotes, policías o cualquier miembro de la comunidad. A propósito

de esto, señala el “desenfreno”¹⁷, la “prodigalidad”, el “matrimonio vergonzoso” entre los motivos más frecuentes del internamiento (pp. 145-146), de modo que la enfermedad mental basada en la sinrazón tiene fundamentos morales.

En la dimensión externa social, entonces, el internamiento constituyó el contexto de posibilidad para la incipiente investigación científica referida a la conducta anormal primero (en el siglo XVIII) y, con sus avances, para la psicopatología en el siglo XIX, ya que el internamiento permitió la observación longitudinal de las enfermedades, y por ello su inclusión como criterio en la psicopatología, con la etiqueta de “curso” de la enfermedad y “duración” del síntoma (Berrios, 2011). En las casas de confinamiento, la locura se mezcló con todas las formas de la sinrazón, que la rodearon y definieron, aunque fue tratada de manera singular como animalidad; la locura, fue cosificada para pertenecer al ámbito de la patología, pero para Foucault ello no se debió a su “esencia” sino a la “historia cultural” (Foucault, 2015a).

Por su parte, en la dimensión intelectual, Domènech (1991) considera que el siglo XVIII fue un nuevo periodo de suma importancia pues no sólo se re-humanizó la enfermedad, sino también al aquejado, considerándose en esta época la necesidad de dar un mejor trato a los “enfermos de la mente”. Los estudios sobre el cerebro y los problemas de la memoria, y del comportamiento, impulsaron el desarrollo de nuevas vertientes médicas que involucraban tanto la anatomía como la biología y los tratamientos con sustancias. El desarrollo de la psicología, asimismo, tuvo singular influencia en la visión de la enfermedad, que ya no se achacaba sólo al cerebro sino también a causas como el lugar de procedencia y biografía del individuo, en términos de las posibles causas de la enfermedad, aunque esto estaba aun ampliamente sujeto a los métodos empíricos, considerando los actos reflejos y las condiciones ambientales como elementos determinantes del comportamiento.

¹⁷ Hoy en día la vigilancia sobre la sexualidad “normal” y la “anormal” continúa, siendo en muchos casos clasificada por razones morales antes que explicada de manera “positiva”; la paidofilia, por ejemplo, se clasifica como anormal toda vez que es moralmente censurable, empero, esta clasificación atañe a culturas occidentales –en países musulmanes es una práctica común por lo que no podría ser clasificada como patológica según las normas de categorías psicopatológicas que estipulan como no anormal una tradición o práctica social común– y más que explicarla de manera científicista se alude a la práctica en tanto no normal según la moralidad predominante. Con ello no deseo implicar que toda patología deba desclasificarse o asumirse como “normal”, sino que deben dilucidarse los principios morales, separarlos de los datos, según el criterio normativo de la disciplina psicopatológica, a fin de garantizar la objetividad, mas ello no se lleva a cabo cabalmente.

Al mismo tiempo, en la dimensión externa intelectual, en el siglo XVIII, procesos sociales ejercieron influencia en la secularización de la cultura y la visión acerca de los individuos, enfatizando dos ideas, una que la sociedad y la historia eran construibles y no predeterminadas por el destino, y la otra que esta constructibilidad dependía de la acción humana orientada racionalmente; de esta forma, el individuo se constituyó como entidad racional, controladora y eficiente (Olvera & Sabido, 2007), tenor de lo cual, la visión de la locura y la enfermedad no sólo se vuelcan sobre el individuo y el cuerpo, sino también sobre la idea de razón, de acuerdo a marcos estructurales en que el control social jugaría también un papel en el tratamiento de los “irracionales” o los “sin razón”.

En este período aún no existían “curas”¹⁸ a la enfermedad, por lo que buscó darse un trato “más humano” al paciente, pero los regímenes hospitalarios de la época seguían sin ser lo suficientemente eficientes, y mantenían al enfermo alejado o aislado de la sociedad. En la dimensión interna intelectual, se abandonó la creencia hipocrática en los humores, y fue sustituida por dos visiones, una mecanicista (modelo iatrofísico) y otra química (modelo iatroquímico). Ante estos modelos, surgieron explicaciones etiológicas alternas que distinguían entre las causas del cuerpo –ya fueran iatrofísicas o iatroquímicas– u orgánicas (ancladas en la vertiente médica) y las causas subjetivas –psicológicas– como errores de *juicio* (ancladas en la vertiente filosófica).

En este lapso se gesta la transformación esencial en que la enfermedad mental deja de ser caracterizada por aspectos filosóficos y comienza a ser especialidad exclusiva del ámbito científico; empero, se mantenía la reclusión del enfermo en centros que lo mantenían alejado de la sociedad en general (dimensión externa social), pues el miedo hacia la enfermedad mental, desde el renacimiento, había impulsado estas prácticas de despojo y exclusión (Domènech, 1991; Luque y Villagrán, 2000; Foucault, 1987).

Respecto a esto, Foucault (1987, 2001, 2014, 2015a, 2015b) señaló el hecho esencial de que la definición social de la enfermedad, no sólo implica a la semiología científica y cómo ésta define lo patológico, sino además el quehacer científico se encuentra influido también por las cuestiones

¹⁸ Según el esquema médico que concibe la existencia de curas para la enfermedad. Actualmente, en el mejor de los casos, existen tratamientos, que no “curas”, aunque algunos psiquiatras entusiastas defienden su existencia y/o búsqueda para problemas como la esquizofrenia y la depresión, por ejemplo.

valorativas de los científicos o filósofos, propias de la época en la que viven y la cultura particular en que se desenvuelven, de modo que tanto las prácticas de exclusión como las de internamiento y tratamiento estuvieron influidas por la organización social y cultural de la época.

Mediante la desacralización de la locura se llegó a una apariencia de comprometida neutralidad, con el propósito inicial de la condenación moral la experiencia moral de la “sin razón” sustentó el posterior desarrollo del estudio científico de la locura (Foucault, 2015a). Al asociar la sinrazón con la naturaleza humana y la locura con la animalidad se instauró la posibilidad de ser tratada como objeto, lo cual legitimaría a la vez tanto el trato inhumano que se les brindaba en los internados (en tanto no eran considerados humanos racionales) y la posibilidad de ser tratados desde un punto de vista naturalista, primero médico, luego psiquiátrico.

En el siglo XVII el papel del médico comenzó a impulsarse, pues se consideró en ese momento que el médico era la persona competente para juzgar si el individuo estaba loco y qué grado de capacidad le dejaba su enfermedad, con lo cual comenzaron a desarrollarse las prácticas médicas de evaluación y diagnóstico de las facultades (Foucault, 2015a), así pues el juicio moral precedió a la indagación médica y positivista y aunque es negado por ella, bajo la creencia en la objetividad y la neutralidad, se halla implícito en el conocimiento. La secularización de la locura dotó a los médicos de los internados la posibilidad de experimentar en humanos bajo el discurso de la investigación “neutral”, con fines curativos, de las enfermedades del cuerpo y de la mente.

En la dimensión interna social, a finales del siglo XVIII surgieron en Francia, Inglaterra y luego en Alemania, movimientos “reformistas” que buscaban mejorar la calidad de vida de los internos. Hacia 1760 se despertó en Inglaterra una gran indignación a causa del tratamiento brutal que se le había administrado al rey Jorge III, y en 1796 se creó en Inglaterra el *York Retreat*, dedicado a ser refugio tranquilo y dar tratamiento humano, obra del cuáquero, William H. Tuke (1732-1822), lugar en que años después de adoptaron las medidas francesas (Millon, 1981).

Estas transformaciones se vieron influidas por las ideas filosóficas desplegadas en el siglo XVIII. La psicología en este periodo aún tenía una fuerte raíz filosófica, el propio término, de origen grecolatino, fue “resucitado” en este periodo por diferentes filósofos. En Francia, que se hallaba en su apogeo y ocupaba una posición de poder en Europa, Julien Offray de la Mettrie (1709-1751) planteó, desde una perspectiva materialista, cuestiones en torno a los órganos de los sentidos, la

patología de la memoria, las ideas obsesivas, lesiones en el encéfalo, entre otras (Domènech, 1991; Millon, 2015). Charles Bonnet (1720-1793) empleó el término psicología en el título de su obra “Ensayo de psicología”, que junto con “Las facultades el alma” abordó distintos aspectos relacionados con las patologías cerebrales y mentales (Domènech, 1991). A estos autores se sumaron los esfuerzos de los filósofos naturalistas y de los enciclopedistas, que impulsaron las ideas liberales y propugnaron por el estudio de la naturaleza con independencia de las ideas religiosas (aunque estuvieran influidos por ellas).

Cristian Wolff (1679-1754) en su “*Psicología empírica*” y su “*Psicología racional*” separó dos campos de estudio, uno mediante la experiencia sin connotaciones espirituales, y el otro el estudio racional del alma; desvalorizando la psicología racional, Emmanuel Kant (1724-1804) preparó el terreno para el estudio de las investigaciones psicológicas objetivas, sentando las bases de la psicología como ciencia descriptiva; en tanto en la región británica continuaban los esfuerzos empiristas influidos por Hume y Berkeley (Domènech, 1991). El liberalismo francés y estas ideas filosóficas darían sustento al cuerpo de conocimiento de la psicología, y a través de ésta a la psicopatología, a la vez que proveyeron contenidos culturales que serían adoptados para la reforma del sistema asilar, referente al trato de los internos.

Estos filósofos, que trataban de explicar diversas problemáticas en torno al pensamiento y la percepción fueron los antecedentes históricos directos para el surgimiento de la psicología que fue, en un inicio, un área de disertación filosófica. El pensamiento filosófico que dio origen a la psicología, además, serviría en lo sucesivo como elemento de diferenciación entre las corrientes biologicistas y las corrientes “psicológicas” de las enfermedades mentales, pues mientras las primeras atribuirán los problemas a condiciones orgánicas las segundas lo atribuirán a “errores” en el pensamiento, percepción y emoción. Si bien esta diferenciación fue transformándose, fue la base para la separación del estudio de la psicopatología en dos enfoques que coincidirían con la distinción entre dos disciplinas, la psiquiatría y la psicología.

El periodo de las reformas asilares (dimensión social) supuso un énfasis en el trato “humanista” de los enfermos mentales internados, lo cual incluía permitirles salir del encierro en que se hallaban confinados, sin embargo, los tratamientos médicos recibidos seguían siendo (visto en retrospectiva) ineficaces. Estas reformas en el sistema asilar fueron posibilitadas por la coyuntura de procesos

sociales tales como el auge de la filosofía liberal, la Revolución Francesa y los avances médicos en lo referente a la anatomía, así como el progreso de la filosofía de la mente.

Si bien algunas figuras destacan en este periodo en Francia, Inglaterra y en menor medida en Alemania, estos personajes se encontraban en una posición de autoridad que los facultó para promover las transformaciones asilares conocidas, así como la secularización de la vida social favoreció el traslado de la autoridad de la figura del sacerdote a la del médico y el científico.

El médico y erudito P. Pinel (1745-1826), al aprovechar el énfasis que la Revolución Francesa había puesto en la libertad individual, fue el más eficaz en demostrar el éxito del tratamiento humano. Como encargado del Hospital Bicêtre, propagó la idea de que el enfermo mental era intratable porque se le privaba del aire libre y de la libertad. Al suprimir las cadenas, proporcionar habitaciones soleadas, permitir el libre acceso a los jardines del hospital y la amabilidad y cordialidad dio lugar a muchas recuperaciones y a una mejoría general en la conducta y trato del paciente (Millon, 1981, 2015).

El éxito de las reformas de Pinel dio lugar a que se le asignara el gran hospital de la Salpêtrière donde formó a un personal y estableció la práctica del registro sistemático de historias clínicas. Los métodos de Pinel fueron continuados por su alumno y sucesor en la Salpêtrière Jean Esquirol (1722-1840), quien obró de acuerdo con los principios de Pinel, dio conferencias de psiquiatría por todo el continente y publicó el primer tratado moderno sobre las enfermedades mentales en 1838, *Des Maladies Mentales*. Aunque las ideas de Pinel fueron adoptadas rápidamente por Tuke en el *York Retreat*, y en 1795 por Fricke en Alemania, la política de la no restricción se expandió muy lentamente por el mundo occidental.

En los Estados Unidos fue hasta el siglo XIX que se llevaron a cabo las reformas en el sistema hospitalario. El estado en que se encontraban los enfermos mentales despertó el interés de una maestra de escuela de Massachusetts, Dorothea Lynde Dix (1822-1877), quien gracias al apoyo del cuerpo legislativo de Massachusetts dio un informe en 1843, en que señalaba las condiciones de vida de los internos, y fue ella quien durante 40 años impulsó reformar los sistemas asilares de Escocia y Canadá (Millon, 1981).

Tras las reformas al sistema hospitalario impulsadas en los siglos XVIII y XIX, en el siglo XX se crearon instituciones que buscaron impulsar también la prevención de las enfermedades mentales, Millon (1981) indica que

Clifford W. Beers (1876-1943) escribió sus experiencias en *A mind that found itself*. Beers fundó la sociedad para la Higiene Mental, con lo que inauguró un amplio movimiento mundial ideado no sólo para estimular la mejora de las condiciones de los hospitales mentales, sino también para educar al público sobre la importancia de la prevención y para disipar la creencia existente de que las enfermedades mentales eran un estigma de desgracia y algo incurable. [...] a pesar de que el público progresivamente está mejor informado y de los recientes progresos en psicofármacos que facilitan el tratamiento del enfermo, todavía existen pocos hospitales estatales en los que no hay que lamentar la existencia de un exceso numérico de enfermos y una insuficiente dotación de personal. La convicción reciente de que los servicios de salud mental deberían estar orientados hacia la prevención y fundamentados en la sociedad ha llegado a ser realidad de una manera penosamente lenta si uno piensa que Pitágoras hizo esta sugerencia hace 2.500 años. (pp. 10-11)

Entre los esfuerzos orientados a la prevención de enfermedades la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado una clasificación de enfermedades que incluye los padecimientos mentales, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su décima edición surgió en 1992; sin embargo, sus antecedentes se remontan al siglo XVIII con la aparición de las primeras nosologías, la primera clasificación surgió en 1898, y perseguía realizar un estudio estadístico sobre las causas de morbilidad. A lo largo del siglo XX esta clasificación comenzó a centrarse en las enfermedades mortales y no mortales, e incluyó las “enfermedades mentales” después de 1946, tras un congreso en Estados Unidos en que se sentaron las bases para la instauración de la Organización Mundial de la Salud, que es quien se encarga de la edición de la CIE desde 1967 (OMS, Clasificaciones).

La Asociación Psiquiátrica Americana cuenta también con un manual diagnóstico y estadístico que fueron desarrollados originalmente con el interés de recabar información sobre salud mental, con fines estadísticos y de atención. En 1840 está registrado el primer intento oficial de recabar información sobre salud mental, con las categorías idiocia/locura, y cuarenta años después, en 1880, con el desarrollo de los modelos de clasificación, surgió una diferenciación de siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia, dipsomanía y epilepsia (Keeley, Morton & Blashfield, 2015; Aguado, 1995).

Ya en el siglo XX, la *American Medico-Psychological Association* en asociación con la *National Commission on Mental Hygiene*, diseñó un plan (1917) adaptado por la oficina del censo para

reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales. Y finalmente, en 1921, la *American Psychiatric Association* con la *New York Academy of Medicine* elaboran una nomenclatura psiquiátrica para todo el país, para ser publicada en la primera edición de la *American Medical Association's Standard Classified Nomenclature of Disease*, creada básicamente para diagnosticar a pacientes ingresados con enfermedades psiquiátricas y neurológicas graves. Estos esfuerzos de los movimientos de salud mental constituyen los antecedentes directos de las actuales clasificaciones de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE) y de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) vinculadas con las enfermedades mentales (Keeley, Morton & Blashfield, 2015; Aguado, 1995). Las ediciones más recientes de las clasificaciones serán revisadas en el siguiente capítulo.

Mientras se realizaba la campaña de reforma para mejorar el manejo de los pacientes mentales en Estados Unidos en 1844 un grupo de administradores de instituciones mentales formaron la *Association of Medical Superintendents of American Institutions for Insane*, que posteriormente se convirtió en la *American Psychiatric Association* (APA); esta fundación dio origen al modelo médico estadounidense, para el cual las conductas anormales resultan de problemas físicos que deben ser tratados médicamente (Halgin & Krauss, 2004).

Primeros desarrollos hacia la cientificidad

Durante los siglos XVII y XVIII, la psicología y la psiquiatría iniciaron su trayecto hacia la institucionalización. En el caso de la psicología, la paulatina autonomía respecto del campo de la filosofía llevó a que se instaurara como disciplina académica con objeto de estudio propio, diferente del filosófico, principalmente descriptiva al principio, posteriormente, a partir del trabajo de Wundt, extendiéndose al trabajo experimental y clínico. Por su parte, la psiquiatría se institucionalizó a partir del sistema hospitalario, consolidándose como rama independiente de la medicina en el siglo XIX (Domènech, 1991). Ambas disciplinas gozaron, durante su institucionalización, de diversos apoyos institucionales (ministerios de salud, órganos de gobierno y universitarios las financiaron) que permitieron se extendieran más allá de las aulas y los laboratorios, insertándose, para el siglo XIX en los sistemas escolares y judiciales como sistemas expertos de evaluación de la “competencia mental” de las personas.

En el transcurso del siglo XIX se establece el origen de la psicopatología moderna, en que la enfermedad ya no es definida por razonamientos filosóficos y si bien aún se desconocen plenamente las causas y curas para este tipo de problemas, ya existen pautas anatómicas y fisiológicas para observar la enfermedad como tal, como un mal corporal ajeno a cuestiones religiosas, y situado en un plano terreno y objeto de investigación científica. Se considera la necesidad de liberar al enfermo mental, no mantenerlo aislado de la sociedad ni interno, sino atenderlo y liberarlo para que ejerza sus derechos como individuo.

Este siglo, junto con el siglo XX, representa un periodo en donde hubo una vasta producción científica en psicología, psiquiatría, fisiología, y todos los demás campos relacionados con la psicopatología (Domènech, 1991; Luque & Villagrán, 2000). En tanto moderna, según las directrices positivistas de la época (que como parte de la dimensión externa intelectual influyeron en el desarrollo de las ciencias) la psicopatología tendría que hallar a lo largo del siglo XIX justificación propia para la producción de conocimiento objetivo y moralmente “neutro”, empero

[I]a psicopatología del siglo XIX (y quizá aún la nuestra) cree situarse y tomar sus medidas por relación a un *homo natura*, o a un hombre normal dado anteriormente a toda experiencia de la enfermedad. De hecho, ese hombre normal es una creación, y si hay que situarlo, no es en un espacio natural, sino en un sistema que identifica el *socius* al sujeto de derecho y, como consecuencia, el loco no es reconocido como tal porque la enfermedad lo ha arrojado hacia los márgenes de la normalidad, sino porque nuestra cultura lo ha situado en el punto de encuentro entre el decreto social del internamiento y el conocimiento jurídico que discierne la capacidad de los sujetos de derecho. La ciencia «positiva» de las enfermedades mentales y esos sentimientos humanitarios que han ascendido al loco al rango de ser humano sólo han sido posibles una vez sólidamente establecida esta síntesis [de integración entre la experiencia social normativa y dualista de la locura y una experiencia jurídica que delimita las cualidades y competencias civiles], que forma, de cierto modo, el *a priori* concreto de toda nuestra psicopatología con pretensiones científicas. (Foucault, 2015a, p.210)

Esto es, para que se instaurara la Psicopatología Descriptiva fueron necesarias algunas transformaciones en el propio ámbito social. La institucionalización jurídica favoreció a la psicopatología descriptiva al emplearla como conocimiento “experto” en el ámbito criminal, al mismo tiempo que tanto la psiquiatría como la psicología comenzaron a formar parte de los ámbitos institucionales de hospitales, escuelas y centros de trabajo, con funciones de evaluación de las competencias “mentales” de sus integrantes.

López & Velasco (2016) indican que en este periodo, además, una transformación vinculada con el estudio de las enfermedades mentales fue el desarrollo de la palabra emoción como búsqueda de explicar orgánicamente las hasta entonces entendidas como enfermedades por las pasiones del alma; de modo que la “anormalidad” asociada con la emoción sería entonces situada en el cuerpo, aunque como señalan Luque & Berrios (2011) la semiología de los trastornos afectivos siempre ha sido el “pariente pobre” de la Psicopatología Descriptiva (p.131), por lo que el estudio de las pasiones (emociones, afectos, ánimos) no tuvo el mismo desarrollo ni riqueza descriptiva que la psicopatología de la percepción o el pensamiento.

El énfasis de la cultura occidental en la razón (dimensión externa intelectual) hizo que el estudio de la psicopatología se enfocara en los problemas del pensamiento antes que en los de la emoción, de modo que los problemas afectivos se orientaban a la incidencia de las pasiones en el pensamiento, de modo que el estudio de las pasiones vinculado a la alienación (López & Velasco, 2016) fue desplazado por el estudio de las facultades mentales y sus desviaciones.

En este punto es necesario elaborar la distinción que esta transición del alienismo a la teoría de las facultades supuso. Alienismo es como se ha denominado al análisis y terapéutica de los problemas del comportamiento; no contenía planteamientos precisos sobre cómo definir su ontología, antes bien, consideraban la “locura” como “enajenación” o “falta de razón”, por lo que la terapéutica consistía en el encierro, sangrías, baños de agua fría y similares. Los alienados eran todos aquellos que, a consideración de la sociedad o el médico, estaban alienados, carentes de razón o bien degenerados, desviados de la moral; los alienistas eran los encargados de los asilos para los alienados, por lo que los alienistas eran médicos.

Durante el siglo XIX el discurso alienista carecía aun de una descripción de la psicopatología, las referencias anteriores a la locura se hicieron en términos de categorías morales (Berrios, 2011), en el sentido de que antes que hablar de síntomas físicos o psicológicos se hablaba de comportamientos moralmente punibles o de alienación, las personas eran catalogadas como erráticas, lerdas, degeneradas. La Psicopatología Descriptiva pudo surgir en su forma actual, primero en Francia, alrededor de 1820, y después en Alemania e Inglaterra con el paso del alienismo a la teoría de las facultades, por lo que su surgimiento fue posibilitado por el desarrollo de la psicología de las facultades y el asociacionismo (Berrios, 2011; Millon, 2015).

La teoría de las facultades desarrollada por Wolff, en cambio, proponía la existencia de tres entidades, que eran el conocimiento, el sentimiento y la voluntad, cada una de estas subdivididas en facultades humanas, como el juicio, la razón, la imaginación y la memoria.

La teoría de las facultades se vio “nutrida” por las ideas del sensocomunismo de Reid (Millon, 2015), quien trabajó el *sentido común* como una serie de atributos inherentes a cada especie, en el caso del ser humano sus ideas sobre el juicio, para el desarrollo de la psicología de las facultades, repercutieron en la noción (existente a la fecha) de que el juicio es una facultad inherente al ser humano y, por lo tanto, puede verse afectado por alteraciones. Asimismo, el asociacionismo supone que las experiencias permiten la acumulación de ideas y que los fenómenos psicológicos son resultado de asociaciones de ideas, lo cual permitió que a los modelos de facultades se integraran las ideas asociacionistas sobre la experiencia.

El papel del *sensocomunismo* para el entendimiento de las operaciones mentales ha de ser considerado como esencial para la comprensión de la mente y las facultades. Pues si bien la psicología se separó de la filosofía en el siglo XX, la filosofía de la mente y sus desarrollos han incidido (como modelos que en el nivel externo intelectual –de la filosofía– son incorporados mediante su operativización en el nivel interno intelectual de la psicología, la psiquiatría y los modelos de psicopatología) en el progreso de modelos de la mente normal y por tanto, de la anormalidad en Psicopatología descriptiva. Una tradición filosófica que se ha ocupado del “problema mente-cuerpo”, a partir de cuyas aportaciones se han desarrollado modelos filosóficos en torno a ese problema, es la filosofía analítica que, de acuerdo con Pineda (2012) tiene sus raíces en la filosofía pragmática de Charles S. Peirce, para quien el pragmatismo es un “sentido-comunismo (*common-sensism*) crítico” (Hernández, 1996), en que recupera las nociones del sensocomunismo reidiano.

El sensocomunismo de Reid propuso que existen una serie de operaciones mentales comunes a la especie humana, y más aún, que estas son posibles por su estructura natural; para que este sentido común “común” se desarrolle y permita alcanzar un sentido común “sensato”, se requieren condiciones “normales” de salud y ambientales, que desembocarían en un juicio adecuado sobre los hechos del mundo (Hernández, 1996).

Así, mientras el pensamiento de Wolff se hallaba más próximo a las ideas de Descartes (representaciones) que a las de Leibniz (asociaciones de ideas), el sensocomunismo de Reid sostenía un realismo externo y una suerte de agencia en los seres humanos para realizar juicios – mejores o peores– acerca de tales objetos sucesos. El sensocomunismo permitiría entender mejor las facultades comunes a los seres humanos como sentido común, y las facultades de juicio como sentido común sensato, como orientadas hacia objetos, hechos y sucesos externos, de las cuales se da razón a partir de la atribución de su causalidad, sea esta “física”, “psicológica” o “racional” (Hernández, 1996). Así, el sensocomunismo reidiano realizó aportaciones sustantivas a la filosofía de la mente en lo relativo al problema mente-cuerpo, y aunque no se reconoce en los modelos históricos de psicopatología revisados, sus desarrollos en torno al sentido común contemplaron las condiciones psicopatológicas como elementos que podían incidir en el desarrollo de una adecuada capacidad de juicio.

W. Wundt, a quien se le atribuye la paternidad de la psicología “científica” (no ya como tradición filosófica), criticó ampliamente tanto el asociacionismo como la teoría de las facultades (Millon, 2015), por lo que gracias a esta transición en las ideas fue posible el surgimiento de la psicología como disciplina. Al mismo tiempo, la “psicologización” de los “fenómenos mentales” permitió el desarrollo de una ontología sobre las desviaciones de los mismos, los “trastornos de la mente”, que dio pie al desarrollo de la psiquiatría como disciplina.

El trabajo de estos pensadores favoreció, a su vez, el desarrollo de las ideas modernas sobre la “mente”, como susceptible de análisis científico y no como “el espacio del alma”.

Durante el siglo XIX el lenguaje para describir y explicar las enfermedades humanas desarrolló pretensiones científicas, la credibilidad de los informes médicos dejó de basarse en la tradición y la autoridad y comenzó a basarse en el índice de predicción y validación experimental, lo “indeseable”, hasta entonces definido en términos sociales, se redefinió paulatinamente en función de rangos y parámetros obtenidos de la investigación anatómica y fisiológica (Berrios, 2011); a su vez, la noción de enfermedad se transformó, especialmente a partir del paso del alienismo (psiquiátrico) a estudio de las facultades mentales, propuestas por la teoría psicológica.

Esto supuso una transformación en la perspectiva teórica de la anormalidad, así como un cambio en la metodología utilizada para su registro y análisis. El desarrollo de las ciencias implicó el viraje

hacia el método científico, empirista, que buscaba explicar los fenómenos mediante el registro sistemático de observaciones, en este caso, observaciones clínicas y experimentales. De este modo, las definiciones basadas en la moral (degeneración) y el léxico social (alienado) darían paso a la descripción de categorías como parálisis, manía, etc.

Mediante la historia clínica, el estudio anatómico y la experimentación, desde la perspectiva de la teoría de las facultades, comenzó a buscarse la explicación a la locura y la anormalidad en la historia vital de los individuos y en su organismo. Estos cambios permitieron el desarrollo de tradiciones de investigación de la psicopatología, concebida como enfermedad del cuerpo y de la mente. Millon (1981) propone la existencia de cuatro, dos pertenecientes a la psiquiatría y dos dentro de la psicología.

CUATRO TRADICIONES DE INVESTIGACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA

De acuerdo con Millon, especialista dedicado al estudio de la Psicopatología Descriptiva, las cuatro tradiciones científicas importantes que han delimitado los conocimientos actuales (medicina psiquiátrica, psiquiatría psicodinámica, psicología clínico-personológica y psicología académico-experimental), todas ellas se desarrollaron a partir de un origen naturalista y filosófico común que arranca del periodo grecorromano. A pesar de este aspecto común y de los recientes esfuerzos por sintetizarlas, se han diferenciado a través de los siglos lo suficiente como para dar lugar a teorías, concepciones y métodos de estudio distintos (Millon, 1981).

Tradición de la Medicina Psiquiátrica

La tradición médica del estudio de la normalidad, origen de la psiquiatría, fue en donde comenzó el estudio de la psicopatología con aspiraciones científicas. Aunque más adelante se diversificó, originalmente fueron los médicos quienes, encargados de los asilos mentales, desarrollaron las técnicas de recopilación de información del comportamiento anormal, de los alienados, así como fueron quienes iniciaron la recolección de datos mediante la historia clínica y la intervención clínica mediante tratamientos corporales. Esta tradición se centra en el sustrato biofísico de la conducta.

La hospitalización de los enfermos mentales durante el siglo XVII (dimensión externa social) posibilitó los estudios longitudinales para analizar el curso de la enfermedad (Berrios, 2011), y el desarrollo de la taxonomía en botánica permitió “importar” las formas de clasificación a otras disciplinas (dimensión externa intelectual), particularmente las de reciente creación, fue así que la taxonomía psicológica se importó de la taxonomía botánica en el siglo XVIII (Millon, 2015), tomando de la botánica el ejercicio de la taxonomía para clasificar los signos y síntomas según “familias”, por su familiaridad y concordancia, la cual se ha sofisticado en los sistemas de clasificación contemporáneos, como se verá en el capítulo posterior.

Adicionalmente, la hospitalización inauguró el diálogo y relación del médico con el enfermo. Desde entonces, a lo largo de todo el siglo XVIII, y como parte de la dimensión interna-intelectual, se desarrolló una medicina en que la pareja médico-enfermo fue un elemento constituyente, por lo cual la nosología y relación médico-paciente fueron parte conjunta en el esfuerzo de naturalización de la locura (Foucault, 2015a, 2015b). Por ello, es posible considerar que el proceso histórico de investigación, clasificación y tratamiento que dio forma a la psiquiatría médica no sólo fue productor de conocimiento o tradiciones académicas, sino que además, en el nivel externo social, sirvió para dotar de legitimidad al médico, y posteriormente al psiquiatra, como experto y por tanto como autoridad (discursiva y fácticamente) en el tratamiento de los “enfermos mentales” (y de cualquier persona que mostrara “desviaciones” en ámbitos institucionales como los penales).

En el interior del asilo el poder e intervención del médico no se justificaban por conocimientos objetivos, sino que si el asilo “exige la profesión médica, es como garantía jurídica y moral, no como título científico” (Foucault, 2015b, p.246), por lo que la autoridad médica sobre los problemas mentales se basaba en el prestigio y legitimidad en el campo social, el trabajo e investigaciones que dieron forma y surgimiento al campo científico de la psiquiatría ampliaron estas dos formas de capital simbólico; la difusión y aceptación del modelo médico, pese a los altibajos e inconsistencias mostradas a lo largo de los dos últimos siglos, y de las críticas que a su interior han surgido, indica que este capital –y no criterios científicos– ha favorecido su posición de autoridad en los ámbitos institucionales actuales.

A partir del internamiento, los tres elementos constitutivos de la tradición médica –clasificación, causa biológica y tratamiento biofísico– se desarrollaron, aunque no uniformemente. Así, el

internamiento, como ámbito de instituciones sociales, favoreció la creación de posiciones de autoridad para los médicos, como parte de la dimensión interna-social; en este sentido los alienistas, los directores de los centros de internamiento, ocuparían en lo sucesivo una posición de influencia en la institucionalización de la psiquiatría y en la formación tanto de psiquiatras como de centros de estudios y por tanto de la producción de conocimiento.

Desde el momento en que se estableció en los hospitales la costumbre de recoger las historias clínicas y las observaciones detalladas, la agrupación y clasificación de las enfermedades mentales ha sido cada vez más posible. Además, la tendencia a la clasificación en grupos de síntomas adquirió mayor ímpetu gracias al éxito con que los taxonomistas botánicos habían sistematizado su campo en el siglo XVIII (Millon, 1981). La segunda tendencia importante en la medicina biológica, la concepción de que las enfermedades resultan de la patología orgánica, ya se encontraba en los antiguos escritos de Hipócrates; pero, con el advenimiento de los conocimientos “válidos” (es decir, catalogados como científicos) sobre anatomía, fisiología y bioquímica en los siglos XVIII y XIX, y el descubrimiento del papel que desempeñaban los virus, las bacterias y los traumas, el concepto de enfermedad de la medicina moderna adquirió solidez (Millon, 1981, 2015). De esta manera, se estableció en la tradición médica el concepto de enfermedad moderno y en consecuencia la idea moderna de la enfermedad mental, como problema orgánico, adquirió consistencia. Aunque estas tres fases, clasificación, causa biológica y tratamiento biofísico no evolucionaron de una manera uniforme o lógica, son los pasos característicos del progreso médico y “constituyen todavía los puntos principales para los psiquiatras influidos por la tradición médica” (Millon, 191, p.11). Las tres fases constituyen parte de la dimensión interna intelectual, que implican la forma en que se sistematizaría el conocimiento a lo largo del siglo XIX y los posteriores.

El primer elemento, la clasificación, tuvo desarrollo a lo largo del siglo XIX y los principales sistemas nosológicos surgieron en Francia y Alemania¹⁹. La *nosología* se refiere a la ciencia de la

¹⁹ En los mismos países en que la institucionalización continuaba a cargo de los médicos ajena a la sociedad civil, pues en Inglaterra, si bien las instituciones se encontraban dirigidas por médicos, eran reguladas tanto por ciudadanos como por gobernantes, pues las primeras leyes regulatorias en Inglaterra surgieron en el siglo XVIII de acuerdo con el Diccionario Oxford de la mente (Gregory, 1995). Esto ejemplifica cómo la dimensión externa social, referida a las leyes y contexto, impactó en el desarrollo del conocimiento psicopatológico y sus sistemas de comunicación durante el siglo XIX, en que aún se encontraba en una fase constitutiva y en vías de consolidación.

clasificación de las enfermedades, uno de los elementos fundamentales de la psicopatología, especialmente para las vertientes psiquiátricas; su principal valor en psicopatología es dar consistencia a la comunicación entre los científicos que buscan las causas de la enfermedad y claridad a las intervenciones terapéuticas; estas actividades “científicas médicas”, sin embargo, presuponen un sistema de clasificación que no sólo sea comunicable, sino también válido, a este respecto cabe señalar que

[...] desgraciadamente los hombres clasificaron las enfermedades mucho antes de que entendieran su verdadera naturaleza. Tales clasificaciones han persistido por su utilización amplia o su empleo por autoridades competentes²⁰. La mayoría de las veces se reducían a especulaciones infundadas o, en el mejor de los casos, a observaciones juiciosas pero esencialmente superficiales. La crítica de estos sistemas de clasificación prematuros y la adhesión servil frecuente para con los mismos está justificada. Por otra parte, no existe razón alguna para abolir el concepto de clasificación de enfermedades si tenemos en cuenta los objetivos importantes que podían cumplir. Cuando uno conoce la complejidad de la conducta humana puede entender las dificultades implicadas en formular sistemas aceptables. (Millon, 1981, p.11)

A través del tiempo, aunque han mantenido el nombre las categorías clasificadas, se ha transformado su significado. Las clasificaciones propuestas en la antigua Grecia y Roma estaban fundadas en las observaciones de Hipócrates. Los trastornos mentales se dividían en cinco categorías: *frenitis*, un trastorno agudo con fiebre; *manía*, un trastorno no agudo sin fiebre; *melancolía*, todas las enfermedades crónicas; *histeria*, un trastorno femenino caracterizado “por agitación, dolor y convulsiones”; y *epilepsia*, la única enfermedad del grupo que posee el mismo nombre y significado actualmente. Este sistema de clasificación fue adoptado por Celso, Areteo, Sorano, Galeno y Celio Aureliano con muy poca variación en el periodo grecolatino, y tras el periodo medieval, el interés en los escritos clásicos supuso el retorno al sistema hipocrático (Millon, 1981, 2015). La preocupación por recuperar el pensamiento grecolatino a partir del Renacimiento no fue exclusiva de la medicina, por lo que este “ambiente intelectual” puede considerarse como parte de la dimensión externa-intelectual.

Durante el Renacimiento, es posible hallar antecedentes de las clasificaciones y de la tradición de investigación de la psicopatología. Dos médicos suizos, Paracelso y Felix Plater (1536-1614), intentaron innovaciones en la clasificación de las enfermedades en esta época. Aunque Paracelso

²⁰ Es decir, su vigencia ha dependido de lo que Laudan (1977) denomina como “comunidad de usuarios”.

proponía causas espirituales y cósmicas, fue el primero en especificar un verdadero factor químico en el trastorno mental, al sistema hipocrático añadió la *vesania*, enfermedad causada por venenos. El esquema desarrollado por Paracelso fue reemplazado al comienzo del siglo XVII por Plater, quien formuló una lógica de clasificación nueva basada esencialmente en los síntomas observados, las categorías propuestas por Plater fueron: *consternatio mentis*, trastornos de la conciencia; *mentis alientatio*, trastorno de la violencia, tristeza, delirio o confusión; *mentis defatigatio*, fatiga mental, e *imbecilitas mentis*, deficiencia mental y demencia. François Boissier de Sauvages (1706-1767), médico y botánico francés, en la búsqueda de estas entidades patológicas subyacentes agrupó los síntomas manifiestos de manera similar a como lo hicieron los científicos naturalistas que sistematizaron plantas y animales; agrupadas en clases, órdenes y géneros constituyeron no menos de 24.000 diferentes “enfermedades”. Philippe Pinel fue un alumno de Sauvages y estaba familiarizado con las entidades nosológicas de su época²¹, pero dejó de lado la nosología detallada cuando asumió las responsabilidades del hospital de Bicêtre, elaboró una clasificación más simplificada, pero más práctica (Millon, 1981, 2015).

No obstante, la iniciativa de Pinel duró poco tiempo, pues el incremento de los conocimientos en anatomía y fisiología aumentó la tendencia hacia las clasificaciones en el sentido de enfermedades orgánicas. Wilhelm Griesinger (1817-1868), internista y psiquiatra alemán, con poca experiencia directa con pacientes, revivió el concepto de enfermedad orgánica en su texto clásico, “*Die pathologie und therapie der psych. Krankheiten*”, que se publicó en 1845. Su afirmación de que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro determinó el curso de la psiquiatría sistemática germánica durante más de 40 años (Millon, 1981, 2015). El argumento de Griesinger de que las clasificaciones deberían hacerse en relación con las lesiones cerebrales subyacentes no se debilitó por el hecho de no haberse establecido una relación entre la patología cerebral y las enfermedades mentales, inclusive, “el sistema de categorías del propio Griesinger: depresión,

²¹ La forma en que la relación mentor-alumno (por ejemplo en el caso de Sauvages y Pinel, entre otros que se verán más adelante, como Esquirol y Freud), muestra que en buena medida la continuación del conocimiento y el posicionamiento institucional, tiene que ver con la dimensión interna-social, en tanto el acceso a las instituciones estaba vinculado con la formación “profesional” con figuras de autoridad, así como la transmisión del conocimiento de maestro a alumno favorecería el desarrollo de nuevos modelos, mediante la acumulación y actualización del conocimiento.

exaltación y debilidad, no apoyaba sus concepciones relativas a la patología cerebral” (Millon, 1981, p.12).

Aunque la obra de Griesinger y sus continuadores dominó la psiquiatría europea, en Francia surgió una alternativa en lo relativo a las bases de clasificación de las enfermedades mentales. Jean Esquirol, alumno de Pinel, consideró que las enfermedades mentales podían estar vinculadas con problemas en los órganos corporales en la medida en que las pasiones les afectaban y con ello alteraban la “economía del cuerpo”, por lo que las pasiones podían alterar el funcionamiento general de la persona (López & Velasco, 2016), de modo que los estímulos ambientales que afectaban la emoción, desde este punto de vista organicista, actuaban sobre la fisiología; este punto de vista, si bien se centraba en la dimensión biológica, consideraba las emociones como el vínculo entre la persona y su ambiente.

Por otra parte, Esquirol aludió con frecuencia a la importancia de la edad de comienzo de la enfermedad, de la cronicidad variable y del curso de deterioro para la comprensión de la patología (denominado actualmente curso de la enfermedad). Esta idea se incluyó como una parte formal de la clasificación de 1856 cuando Benedict-Agustin Morel propuso el término de *demencia precoz*; más adelante, fue el psiquiatra alemán Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) quien amplió la idea de Morel mediante el desarrollo de un sistema de clasificación en el que las enfermedades se agrupaban de acuerdo con su evolución y terminación. Dicho sistema de Kahlbaum llegó a constituir la principal alternativa al sistema propuesto por Griesinger y sus discípulos (Millon, 1981).

Los dos sistemas de clasificación fueron finalmente sintetizados a finales del siglo XIX y principios del siglo XX por el alemán Emil Kraepelin, a quien se debe el desarrollo de los sistemas nosológicos contemporáneos. En su obra de clasificación –revisada y reeditada desde 1883 hasta su novena edición en 1927–, construyó un sistema que integraba el enfoque descriptivo y longitudinal de Kahlbaum y con el sistema de enfermedad somática propuesto por Griesinger; caracterizó cuadros sintomáticos, a los pacientes, y las formas de comienzo, desarrollo y término de la enfermedad. En la sexta edición de 1899 estableció el modelo definitivo de dos enfermedades actuales importantes: la *psicosis maniacodepresiva* y la *demencia precoz*. En la séptima edición, reconoció la existencia de enfermedades que tendrían un origen psicógeno y no médico, como la

neurosis, la histeria y la frigidez, así como incluyó padecimientos derivados de infecciones, agotamiento, intoxicaciones y constitución física (Millon, 1981, 2015). Por otra parte,

[...] la síntesis de Kraepelin entre la biología y la descripción clínica dio a la medicina psiquiátrica un ímpetu enorme [...]. Las críticas del sistema kraepeliniano vinieron incrementadas por el hecho de que sus observaciones habían estado limitadas a los enfermos hospitalizados y, quizá lo más importante, descuidó la comprensión de los pensamientos y sentimientos internos de estos pacientes²². (Millon, 1981, pp.13-14)

En 1905 Adolf Meyer (1866-1950), suizo naturalizado estadounidense, expuso que una verdadera comprensión del enfermo tenía que derivarse solamente del estudio de la reacción total del individuo a su experiencia somática, psicológica y social. Aunque Meyer fue el psiquiatra más eminente que introdujo el sistema kraepeliniano en Estados Unidos, creía que dichas enfermedades no eran entidades morbosas, sino “reacciones psicobiológicas” a un estrés ambiental; a través de su obra Meyer enlazó la orientación fisiológica de finales del siglo XIX con la orientación psicodinámica del siglo XX (Millon, 1981, 2015; Lamb, 2014).

La interrelación de los factores biológicos y psicológicos en la clasificación de las enfermedades fue también acentuada por el psiquiatra suizo, contemporáneo de Meyer, Eugen Bleuler (1856-1935), quien subrayó la existencia de la ambivalencia y disociación psicológica en esta enfermedad que llamó *esquizofrenia*, lo que significa “escisión”, que observó entre funciones intelectuales y emocionales de este tipo de pacientes. Conjuntamente, tanto la noción de las *reacciones* propuestas por Meyer como el enfoque de Bleuler sobre la experiencia cognoscitiva y emocional, remodelaron el sistema original de Kraepelin en la nosología psiquiátrica contemporánea, en la cual esta clasificación “tradicional” conserva las categorías clínicas de Kraepelin como esquema básico, y las nociones psicológicas de Meyer y Bleuler proporcionan las directrices de los procesos internos y las reacciones sociales del enfermo (Millon, 1981, 2015).

Foucault (2015a) afirma que las clasificaciones del siglo XIX presupusieron la existencia de grandes especies –manía, o paranoia, o demencia precoz–, no la existencia de un dominio lógicamente estructurado en que las enfermedades estén definidas por la totalidad de lo patológico; considera que las clasificaciones han permanecido sin eficacia precisamente porque no existe saber

²² Uno de los críticos de esta clasificación fue K. Jaspers, quien desarrolló el modelo fenomenológico.

de la locura, por objetivo que pretenda ser, que no suponga un debate crítico con respecto a la razón, pues la medida de la locura es relacional, sólo podría conocerse la normalidad en relación con el grupo que “confirma y refuerza sus valores por la conjuración de la locura” (p.255). Así pues, las clasificaciones son ineficaces en la medida en que omiten esta dimensión relacional y la especificidad de los “síntomas” tanto en relación con el grupo como entre los sujetos que los “padecen”.

El segundo elemento constitutivo de la tradición médica, también en la dimensión interna-intelectual, está integrado por las causas biológicas. En la actualidad existen muchos psiquiatras y psicólogos que sostienen el punto de vista de que un defecto biológico, o quizá la sutil conjugación de defectos, se encontrará en última instancia en todas las enfermedades mentales, aunque existen antecedentes de teorías que en su momento fueron propuestas y “probadas” y más tarde se comprobó que eran insuficientes, han existido hallazgos válidos suficientes como para mantener una investigación continuada en esta línea, “a pesar de esta trayectoria irregular” (Millon, 1981, 2015).

La idea de que las enfermedades mentales son procesos del sistema nervioso y no fenómenos espirituales abstractos fue expuesta por primera vez por Alcmeón en el siglo V a.C. y persistió en la obra de Hipócrates, estas ideas fueron abandonadas en el medievo, hasta que Vesalio (1514-1564) escribió su obra *De Humani Corporis Fabrica* no hubo posibilidad de que se reafirmara la idea de la localización cerebral de la enfermedad mental. Hacia los siglos XVII y XVIII los progresos científicos consiguieron superar la influencia tanto de las teorías humorales de Hipócrates como las ideas sobrenaturales de la teología (Millon, 1981, 2015).

El inglés Thomas Sydenham (1624-1689) propuso la idea de que la función primaria del diagnóstico consistía en identificar la enfermedad esencial subyacente al síntoma manifiesto. Esta idea se fortaleció al principio del siglo XIX, por los logros extraordinarios conseguidos por Pierre Louis en anatomía patológica, Louis Pasteur y Joseph Lister en las enfermedades infecciosas, y Rudolf Virchow sobre la patología cerebral. Moreau, en 1845, afirmó que la locura era expresión de una lesión cerebral por analogía a las enfermedades presentes en otros órganos. A mediados del siglo XIX, Herman Helmholtz, Ernst Brück y Emil Du Bois-Reymond crearon una serie de

laboratorios de investigación fisiológica en Alemania que alentaron la idea de la enfermedad física y dominaron el futuro de la educación médica hasta bien entrado el siglo XX (Millon, 1981, 2015). No obstante este desarrollo, fue hasta el descubrimiento de la *parálisis general* que se obtuvieron pruebas de que una enfermedad física explicase algún trastorno mental; dicha parálisis fue descrita por John Haslam en 1798. En 1805 Esquirol agregó su observación de que esta entidad invariablemente tenía un final fatal. A. Bayle consiguió en 1822 una clara delimitación de la constelación sintomática de la enfermedad. Más adelante, en 1869 Argyll-Robertson observó que los pacientes afectados de sífilis eran incapaces de reaccionar adecuadamente a los reflejos pupilares, lo cual llevó a pensar en la afectación del sistema nervioso central en la enfermedad sifilítica y alentó la sugerencia hecha anteriormente por Esmarch y Jessen, en 1857, sobre las relaciones que podrían existir entre sífilis y trastornos mentales; pero fue en 1894 cuando Fournier demostró que el 65% de los enfermos clasificados con demencia parálítica tenían una historia de sífilis. En 1905 Schaudenn descubrió que una espiroqueta, el *Treponema Pallidum*, era la causa de la sífilis y, posteriormente en 1913, Noguchi y Moore demostraron la verificación conclusiva de la existencia de la espiroqueta en el tejido nervioso del enfermo paralítico general (Millon, 1981, p.16).

Estos hallazgos favorecieron en el siglo XIX (que continuaron consolidándose en el siglo XX) una diferenciación y especialización entre la psiquiatría médica y la teoría psicológica, por cuanto a partir de entonces lo que era enfermedad dependerá de lo orgánico, y lo que pertenecía a la sinrazón, será colocado dentro de la psicología que invocaría la conciencia pública como instancia y medida para juzgar la razón y la moral de las personas (Foucault, 2015a). Así pues, si bien estos conocimientos pasarían a ser parte del acervo de conocimientos y por ello parte de la dimensión interna intelectual, incidieron (de acuerdo con Foucault) en la separación entre la psiquiatría y la psicología, por lo cual afectaron también en la dimensión interna social.

El descubrimiento de la parálisis general tuvo su equivalente menor en la determinación de la deficiencia de tiamina en el síndrome de Wernicke (1881), el papel del alcoholismo en la psicosis de Korsakoff (1887) y la existencia de la degeneración del tejido cerebral con el síndrome presenil de Alzheimer (1906). Con el advenimiento de los nuevos y refinados procedimientos de laboratorio y la precisión de la instrumentación –especialmente gracias al desarrollo de tecnologías que

permitieron mejorar las observaciones, como la microscopia y en particular el microscopio electrónico—, estos descubrimientos avivaron la investigación del siglo XX hacia otras causas biológicas de la enfermedad mental. Hacia 1920 la literatura estaba llena de referencias a “las causas” fisiológicas de las enfermedades mentales, aunque la mayoría de los datos encontrados se han demostrado que eran incorrectos o difíciles de identificar con cualquier trastorno nosológico específico (Millon, 1981, 2015).

En un ambiente externo intelectual “positivista”, en que predominaba la visión ontológica realista y la búsqueda de elaborar leyes generales al estilo de la física, en tanto buscó impulsarse la objetividad científica, la psiquiatría del siglo XIX buscó desprenderse de las ideas religiosas y morales de su época; no obstante, no logró superar la ambigüedad que representaba el que la idea de que la locura era una suerte de razón disminuida era, en última instancia, un juicio moral, pues la razón como valor fue una idea ético-moral impulsada en la Ilustración. Como señala Foucault (2015a, p.255) la psiquiatría del siglo XIX (y la actual) abandonó los conocimientos del siglo XVIII, pero heredó la cultura clásica de la ética de la sinrazón y el escándalo de la animalidad. La vertiente médica de la psiquiatría, en su intento por alcanzar la objetividad y encontrar los correlatos entre la conducta y problemas corporales y cerebrales contó con el apoyo, a partir del siglo XIX, de una rama nueva de la medicina, a saber:

Algo esencial en la historia de la medicina en el siglo XIX fue la aparición de la neurología, específicamente de la neuropatología, a partir del momento en que empezaron a dissociarse de la locura unos cuantos trastornos a los cuales podía atribuirse en concreto una fuente neurológica y una etiología neuropatológica, hecho que permitía distinguir a quienes estaban realmente enfermos en el plano corporal y aquello en quienes no se podía encontrar ninguna asignación etiológica en lo concerniente a lesiones orgánicas; en la década de 1880, cuando la nosología de los trastornos neurológicos llegó a su punto culminante, el campo de las neurosis se liberó de la masa de síntomas orgánicos (parálisis, anestesia, trastornos sensoriales, algias, etc.), de los cuales se hizo cargo la nueva clínica neuropatológica, dedicada al estudio de las lesiones localizables de los nervios de la médula y de las estructuras especializadas del encéfalo. (Foucault, 2014, p. 227)

El tercer elemento se trata de las intervenciones terapéuticas, en el cual la tradición médica ha privilegiado las “somatoterapias” (tratamientos corporales).

Una hipótesis que se hace en el tratamiento somático en psiquiatría consiste en que las conductas y sentimientos manifiestos del enfermo son expresión de una afección biológica subyacente que serán tratados de mejor forma en origen. El hecho de que se hayan determinado pocas causas biológicas, si es que realmente lo son, no ha desterrado la investigación de tales terapéuticas. Los tratamientos somáticos

que se han demostrado útiles deben su resultado a la *serendipia*, el arte del descubrimiento accidental. Quizás el hecho más sorprendente en la historia de la somatoterapia es su progreso a través del tanteo y el error. (Millon, 1981, p.17)

Las nuevas especulaciones respecto a la terapéutica biológica están sujetas en la actualidad al escrutinio de un público científico, aunque fue en el Renacimiento cuando se establecieron los argumentos para el tratamiento de la enfermedad subyacente, y en este periodo el razonamiento médico era ingenuo, pues si bien fue un periodo de avances en el conocimiento del cuerpo, la orientación médica era anatomista, no fisiológica, por lo que sus tratamientos se orientaban a tratar las enfermedades no con base en las funciones orgánicas sino con base en suposiciones acerca de posibles remedios naturales, el uso de aceites y vapores o “sangrías” (extracción de sangre). El tratamiento farmacológico contemporáneo se desarrolló a partir de mediados de la década de 1930, cuando se puso en marcha el desarrollo de la era moderna de la somatoterapia con la aparición casi simultánea de los tratamientos del *coma insulínico*, la terapéutica convulsiva²³ y la cirugía cerebral (Millon, 1981, 2015). La terapéutica dependía en buena medida, entonces, de la tecnología disponible en la época, por lo que mientras la prescripción de tratamientos forma parte de la dimensión interna intelectual, los tratamientos disponibles tienen que ver con el desarrollo técnico y tecnológico, en la dimensión externa, intelectual y social; así pues, es posible apreciar la influencia de la dimensión externa en la terapéutica.

En cambio, durante los siglos XVII y XVIII, e inclusive durante el XIX, no surgieron teorías de la curación ni tentativas para explicarla, sino hubo un *corpus* de maniobras, tácticas, acciones y reacciones por desencadenar, cuya tradición se perpetuó a través de la vida asilar, en la enseñanza médica (Foucault, 2014, pp.185-196). La mayoría de los hallazgos de tratamientos útiles fueron por serendipia.

Los tres elementos, clasificación, causa biológica y terapéutica (corporal y en el siglo XX farmacológica) dependen del desarrollo de la noción de enfermedad, Foucault considera que mientras en los internados buscaban las formas mórbidas de la locura hallaron apenas “deformaciones” de la vida moral, fue la noción misma de enfermedad la que se transformó,

²³ Eufemismo empleado para la terapia “electro-convulsiva”, o sea electrocución que causa convulsiones.

pasando de un significado patológico a un valor puramente crítico, para él, “la actividad racional que repartía los signos de la locura se ha transformado secretamente en una conciencia razonable que los enumera y los denuncia” (2015a, p.308); así pues, las clasificaciones se trataron de un esfuerzo por dar nombre y forma concreta a las distintas experiencias morales caracterizadas como locura, dado que no todas las nosografías se desarrollaron hacia esas caracterizaciones morales, aunque estuvieran un poco influidas por ellas, algunas se orientaron hacia el organismo y el mundo de las causas corporales como forma de garantizar su objetividad.

De esta forma la definición de enfermedad del cuerpo y de la mente surgiría como título técnico en oposición al de “locura”, otorgando con ello al médico la cualificación para abordarla, e impulsaría la búsqueda de sus causas en el cuerpo. El siglo XIX fue la época clasificadora, en que comenzaron a adjudicarse estos conflictos morales o sinrazones a problemas en el funcionamiento corporal y con referencia a un grupo “normal”, que sería la medida generalizada y generalizable de la razón (Foucault, 2015a, 2015b). Aunque la noción de salud y enfermedad se ha transformado, las nosologías del siglo XX no abandonaron por completo las clasificaciones decimonónicas y su forma de conceptualizar la razón, la inteligencia y el estado de ánimo según la concepción de normalidad socialmente dada; por ejemplo, las clasificaciones realizadas todavía en el siglo XX, clasificaron los retrasos según habilidades evaluadas de forma estandarizada, como la memoria o el vocabulario, y no por las aptitudes individuales desplegadas.

Exceptuando los intentos de clasificación fenomenológicos, la taxonomía psiquiátrica se basó en la forma del síntoma, cuya localización cerebral se volvió el centro de observación en la tradición médica-hospitalaria; sin embargo, la ciencia de las enfermedades mentales llevada a cabo en los asilos no constituía un diálogo sino un ejercicio de observación y clasificación (Foucault, 2015b).

De este modo, el médico asignaba etiquetas (categorías) a lo que observaba en el paciente, lo cual se reflejó en que las descripciones de los síntomas (la forma subjetiva) se traduciría en la nosología a signos, la forma objetiva dejada al experto que servía (y sirve) para corroborar la presencia del síntoma y clasificarlo. En este sentido, Brentano distinguió entre la psicología descriptiva (que aludía a lo no observable e intangible de la mente) y la psicología genética, ocupada de la cuestión fisiológica (que era corporal), por lo que su trabajo filosófico fue fundamental para establecer una distinción entre lo objetivo, lo observable, y lo subjetivo, la experiencia acerca del síntoma.

Las experiencias subjetivas como síntomas se incorporaron al repertorio de la psicopatología descriptiva en el siglo XIX, gracias al trabajo de Brentano y de Jaspers comenzaron a aceptarse los “contenidos de la conciencia” y se utilizaron estas experiencias para redefinir algunas enfermedades mentales e “identificar subtipos” (Berrios, 2011, pp.137-138), si bien los contenidos no fueron utilizados como descriptores *per se*.

Karl Jaspers (1883-1969), fue el fundador de la psiquiatría fenomenológica y existencial, aunque él mismo no se consideraba fenomenólogo. Su aproximación a las enfermedades mentales derivó en sistema de clasificación diferente a los que se habían realizado hasta entonces en la psiquiatría médica; su clasificación buscaba describir la experiencia subjetiva del paciente sobre la enfermedad mental, en lugar de describir síndromes psicológicos observados por el terapeuta, para este fin, Jaspers realizó distinciones entre “sentimientos” y “sensaciones”, estados emocionales de la persona y reacciones individuales a las percepciones del entorno. A diferencia de los modelos psicodinámicos, centrados en el inconsciente, Jaspers se enfocó en la auto-descripción consciente de sus pacientes acerca de sus sentimientos y experiencias, pues creía que sus reportes fenomenológicos eran la mejor fuente para alcanzar una verdadera comprensión del mundo de lo anormal (Millon, 2015). Pese a esta novedosa clasificación, debe mantenerse presente que seguía inserto en la lógica de la “enfermedad” del cuerpo y del cerebro, pese a darle un lugar a la forma en que los “pacientes” la experimentaban.

El modelo propuesto por Jaspers, introdujo, además, una distinción entre la forma y el contenido del síntoma mental, sin embargo, la psicopatología descriptiva no desarrolló un modelo especial para el manejo de los contenidos (Berrios, 2011), por lo que la descripción desde las primeras clasificaciones y hasta la fecha, se centra en la forma de los síntomas –de manera estandarizada–, e incluso en la época actual existen autores como el propio Berrios que, como se verá en el siguiente capítulo, propugnan por el desarrollo de modelos de contenido en la psicopatología, pues a la fecha no se han creado formas descriptivas del *sentido* y *significado* del síntoma, es decir, el modo en que las personas otorgan significado a los síntomas que presentan o el sentido que culturalmente

les puede ser atribuido²⁴. En última instancia durante el siglo XIX, dentro de la vertiente del modelo médico de la conducta anormal,

[...] el acto de *comprender* la conducta anormal se consideraba equivalente a identificar un vínculo entre dicha conducta y una anomalía del cuerpo. Aunque en la mayoría de los casos el vínculo no llegaba a ser más que una observación de contigüidad, se consideró audazmente como “causal”. El acto de *gestión* incluyó intervenciones de naturaleza social, moral y científica, dirigidas a modificar las conductas objetivo. (Berrios, 2011, p.19)

Así pues, la tradición médica de los trastornos mentales, durante la primera mitad del siglo XX fue dominada por la creencia en la causa biológica, las somatoterapias y la clasificación kraepeliniana. Si bien, A. Meyer en Estados Unidos amplió esta perspectiva al proponer la experiencia como mediadora entre el entorno y la biología, desde su perspectiva psicobiológica (Lamb, 2014) y K. Jaspers en Alemania propugnó por la comprensión del síntoma en cuanto a la forma en que se presenta en la experiencia subjetiva, es decir, de forma fenomenológica (Berrios, 2013), el modelo de Kraepelin fue hegemónico para la clasificación de los trastornos mentales, desde la perspectiva orgánica, a lo largo del siglo XX.

Pese a la falta de evidencia suficiente para la intervención, o siquiera para la explicación de la etiología de los trastornos mentales, no hubo, durante el siglo XIX, detractores que cuestionaran ampliamente a la psiquiatría, en cuanto a su validez y eficacia, quizá por su nexo con la medicina y los tribunales.

Tradición de la Psiquiatría Psicodinámica

Esta tradición, aunque nacida de la medicina, surgió a inicios del siglo XX y tuvo un amplio desarrollo a partir del auge del psicoanálisis. La psicodinámica considera que la psique tiene movimientos de energía internos, intangibles e inobservables de manera directa, pero observables a través de la conducta manifiesta de las personas, pues es la energía psíquica una parte fundamental

²⁴ Por ejemplo, considerar que “escuchar voces” implica contacto con el mundo de los espíritus. La descripción de la forma “alucinación auditiva” no contempla lo que para la persona representa el contacto con el mundo de los espíritus ni cómo es concebido ese síntoma en un grupo social determinado, por lo que no hay descripción del significado (personal) ni del sentido (cultural) atribuido, que inclusive puede ser positivo.

para el comportamiento y el desarrollo de síntomas; por ello, esta tradición se enfoca en los procesos intrapsíquicos inconscientes.

Dentro de la dimensión interna intelectual, supone que los trastornos mentales tienen un origen “metapsicológico”, es decir, se trata de conflictos psicológicos cuya raíz se encuentra en un nivel metafísico, de la naturaleza humana, que es la energía psíquica innata e inherente a los seres humanos, que precedería a la formación de la psique. Mientras en la tradición médica (biologicista) la enfermedad del cuerpo es la causa de la enfermedad mental, desde la perspectiva psicodinámica la enfermedad del cuerpo es consecuencia de la enfermedad mental.

La aserción de que los trastornos mentales están originados en primer lugar por conflictos psicológicos internos es relativamente nueva en psicopatología. Según esta concepción, la química y el sistema nervioso del enfermo funcionan normalmente, pero sus pensamientos y sentimientos internos se hallan distorsionados y su conducta es inadaptada. La principal teoría que expone esta posición es conocida con el nombre de psicoanálisis, formulada por primera vez por Sigmund Freud (1856-1939). Muy pocas otras escuelas de medicina han tenido una influencia tan profunda sobre las tradiciones de su sociedad²⁵ (Millon, 1981, 2015).

El psicoanálisis propugna que estos pensamientos y sentimientos inadaptados son resultado de energía y conflictos que no son asequibles a la conciencia, esto es, son inconscientes²⁶; Freud, con este modelo, delineó un nuevo espacio semántico para los trastornos mentales, en el cual las afecciones somáticas eran explicadas como secundarias o “psicógenas” (Berrios, 2011, pp.153-154).

²⁵ Si bien es virtualmente imposible rastrear los elementos que confluieron para permitir esta influencia, parte de la dimensión interna social del psicoanálisis pudo verse vinculada, pues Freud se encargó de la formación de diversos individuos, como Jung y Adler que crearon sus propias escuelas, así como creó círculos de discusión cuyos integrantes, a raíz de la persecución nazi, emigraron a diferentes países europeos y a Estados Unidos, en donde diseminaron las ideas del psicoanálisis. Además, en las biografías de Freud suele referirse que los miembros del círculo psicoanalítico y sus pupilos solían ser personas de clase acomodada, por lo que, en términos de medios económicos y de movilidad, podrían haber estado favorecidos para adquirir posiciones de prestigio en los institutos que, fuera de Alemania, los recibieron. Aunque esto no puede ser probado en la presente investigación, es una propuesta plausible con respecto a la dimensión interna social y su influencia en la dimensión externa, bajo la forma de “colegio invisible”.

²⁶ Este aspecto también pudo haber incidido en la amplia aceptación social del psicoanálisis, pues la lucha inconsciente entre la libido y la agresión es extraordinariamente similar a la idea de la lucha eterna entre el bien el mal al interior del alma. Este horizonte de familiaridad pudo llegar a incidir en su asimilación social, por la acomodación al conocimiento previo, aunque no puede ser “probado” en este espacio.

El origen del concepto de inconsciencia (pensamientos y sentimientos internos más allá de la consciencia inmediata) comenzó con los métodos del médico austriaco, Franz Anton Mesmer (1734-1815), quien dedujo que la enfermedad resultaba de un desequilibrio de los fluidos magnéticos, en 1778 ideó una técnica terapéutica denominada magnetismo animal que dio resultados satisfactorios. A pesar de la ingenuidad de su teoría, los enfermos de Mesmer respondían de manera extraordinaria, incluida la “curación” de varias parálisis. Su aportación de curas “por sugestión” indicaba que los factores psicológicos podían influir sobre síntomas físicos; la técnica de Mesmer fue adoptada por varios médicos ingleses y franceses (Millon, 1981, 2015).

El cirujano inglés James Braid (1795-1860) desechó la idea de la influencia magnética y formuló la idea moderna de *hipnosis* que fue el término que acuñó para el método de Mesmer y que se trataba solamente de la función ejercida por el poder sugestivo de los gestos y palabras del médico. En Francia, el médico A. Liebault (1823-1904), incluyó la hipnosis entre los instrumentos de su práctica, y enseñó la técnica a Jean Martin Charcot (1825-1893) y a Hippolyte Marie Bernheim (1840-1914) (Millon, 1981, 2015); ello resalta el papel que la comunicación científica tenía en Europa, pues investigadores de diferentes países podían llegar a conocer el trabajo de otros por medio de las publicaciones científicas de medicina (así, la dimensión social interna y externa –en tanto contexto de posibilidad de la comunicación científica a través del desarrollo de las comunicaciones– incidió en la dimensión interna intelectual de la tradición).

El trabajo de Charcot fue importante para la psiquiatría psicodinámica por el papel que tuvo estimulando el pensamiento de otros autores. En el hospital de la Salpêtrière, Charcot comenzó a realizar estudios detallados sobre los síntomas espectaculares²⁷ y complejos de la histeria, aunque no pudo prescindir de la tradición biológica de su siglo y por tanto pensó que la histeria era el resultado de una deficiencia neurológica congénita y que la hipnosis servía únicamente como estimulante que ponía de manifiesto este defecto innato (Millon, 1981, 2015).

Bernheim, psiquiatra de la facultad de medicina de Nancy, en cambio, sostenía que la histeria era un estado de intensa autosugestión y que la hipnosis era un estado equivalente inducido por otro; anticipó el concepto de que la histeria era un trastorno psicogenético y acuñó el término de

²⁷ Espectaculares porque una persona anatómicamente y fisiológicamente sana desarrollaba patologías como contracturas, parálisis, languidez, entre otros.

psiconeurosis para este cuadro y otros similares. Bernheim creía que la autosugestión inconsciente podía existir oculta tras los síntomas de la enfermedad psíquica. Con ello se establecían analogías con el enfoque médico tradicional de buscar las causas biológicas subyacentes de la enfermedad, mientras que en este caso se trataba de buscar las causas psicológicas subyacentes (Millon, 1981, 2015).

El estudio de la histeria fue continuado por dos distinguidos psiquiatras (contaban con prestigio académico en su época, lo que señala su posicionamiento institucional y por tanto, con influencia en la dimensión intelectual a partir de su posición en la dimensión social), Pierre Janet (1859-1947) y Sigmund Freud, ambos de orientación psicodinámica, quienes fueron compañeros de clase (Millon, 1981) y probablemente fueron influidos por el trabajo de Brentano, quien como se señaló antes, hablaba de psicología descriptiva para referirse a lo no observable e intangible de la mente.

Tanto Janet como Freud exploraron los pensamientos y sentimientos de los pacientes “histéricos”. Janet progresivamente desarrolló una teoría en la que consideraba que las neurosis eran debidas a una incapacidad para integrar los procesos conscientes conflictivos; esta tesis prefiguraba la idea de Bleuler de que la esquizofrenia era una “escisión” entre el pensamiento y la afectividad; en su concepto de *disociación* Janet observó que los pensamientos y sentimientos intolerables adquirirían una existencia independiente dentro de la persona y se manifestaban en forma de amnesia, personalidad múltiple, ataques y parálisis histéricos²⁸. En esta formulación, Janet admitía que sistemas diferentes de pensamiento podrían llegar de manera patológica a quedarse parados y perdidos en la conciencia, observación que alentó la idea de la existencia en la persona de procesos inconscientes, si bien nunca rebasó su formación neurológica, no así su compañero de estudios Sigmund Freud (Millon, 1981, 2015).

Freud fue el médico y psicólogo que más influencia ha ejercido en el siglo XX, elaboró una reinterpretación de las observaciones hechas por primera vez por Charcot y Bernheim, la cual tuvo impacto a nivel internacional; pueden verse con claridad tres influencias que modelaron el curso de sus ideas: las teorías de la energía fisiológica de Helmholtz, Brücke y Meynart; los conceptos

²⁸ Por cierto, los términos de escisión y disociación se encuentran vigentes a la fecha. En el modelo psicodinámico y personalológico son concebidos como “mecanismos de defensa” del yo.

de Darwin elaborados por Jackson y, finalmente, los trabajos sobre la hipnosis y la histeria iniciados por Charcot, Bernheim y Breuer (Millon, 1981).

Ya en 1880, Joseph Breuer (1842-1925), un internista vienés muy conocido, observó que el recuerdo de las experiencias traumáticas tempranas durante la hipnosis solía dar lugar a un alivio terapéutico en los pacientes histéricos. Freud aprendió las interpretaciones psicológicas de Bernheim sobre la histeria, y volvió a Viena en donde adoptó el método hipnótico-catártico de Breuer. Freud y Breuer publicaron sus trabajos en un artículo en 1893. En contraste con las teorías de Janet, de orientación biológica y que no conseguían explicar el significado de los síntomas histéricos, especificaron la relación lógica del síntoma histérico con las experiencias y traumas psicológicos del enfermo (Millon, 1981, 2015).

La tesis de Freud y Breuer consistía en que las ideas y sentimientos dolorosos quedaban reprimidos en el inconsciente como una fuerza que ejercía poderosas presiones en el paciente, presión que se expresaba en síntomas, los cuales representaban simbólicamente los pensamientos y sentimientos reprimidos. La catarsis emocional, conocida como *abreacción*, disminuía a su vez la presión inconsciente y eliminaba el síntoma que ésta había creado (Millon, 1981, 2015).

Freud no fue el primero en descubrir el papel de los procesos inconscientes, pero sí el primero en señalar la forma compleja en que las motivaciones y conflictos inconscientes se entrelazaban con los patrones complicados y distorsionados de *conducta manifiesta* (observable). Freud argumentó que el individuo, inconscientemente, adoptaba mecanismos de defensa extremos para negar, falsificar o distorsionar el dolor ocasionado por las dificultades y los temores a los que no se había enfrentado; asimismo, señaló que estos procesos inconscientes ocurrían tanto en el individuo normal como en el anormal (Millon, 1981, 2015). “Esta toma de conciencia contribuyó a cerrar la brecha existente entre el estudio de la conducta normal y la psicopatología” (Millon, 1981, p.24), es decir, a partir de esta propuesta la relación salud-enfermedad (mental) comenzó a concebirse como un continuo.

La consecuencia inmediata de ello es que la “enfermedad mental” se “democratizó”, en el sentido de que ahora cualquiera era igualmente susceptible a padecerla en algún momento determinado de su trayectoria de vida, lo que es más, prácticamente todas las personas tendrían algún tipo de conflicto inconsciente y por tanto pensamientos o sentimientos “inadaptados”; esta idea, si bien no

de manera explícita, se ha continuado hasta la fecha, en que la salud mental se considera un derecho humano, en tanto todas las personas son igualmente susceptibles de sufrir algún padecimiento mental, lo cual ha incidido tanto en políticas en materia de salud mental impulsadas por la OMS (OMS, 2005, 2006) como en el surgimiento de dispositivos de control y vigilancia, señalados por Foucault (1987, 2001, 2014)²⁹.

La idea del *instinto* como algo inconsciente y natural capaz de determinar el comportamiento, e incluso las ideas y emociones humanas, constituyó el enlace entre lo médico y lo psicológico, a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, más tarde bajo la forma de “pulsión”, que produciría la aparición de términos como motivaciones “inconscientes”, extendiendo así a toda la población una forma de intención “irracional” capaz de movilizar sus sentimientos y conductas.

De forma tal que los “procesos inconscientes” extendieron la posibilidad de sufrir trastornos y conductas inadaptadas a los individuos normales; para Foucault (2001) la idea de la adaptación y la desviación (como desviación de la norma) se extendió incluso a los individuos “normales”, como forma de normalizar tanto a los evidentemente “enfermos” como a quienes escaparan de la etiqueta de la “locura”.

En sus primeros escritos Freud creía que los trastornos eran el resultado, en primer lugar, de una experiencia traumática de la infancia, especificó diferentes formas de psicopatología en función de la intensidad y la fase (en el desarrollo psicosexual) en que habían surgido por primera vez estas dificultades. En su modelo, Freud concibió que la estructura de la personalidad consistía en tres componentes importantes (*ello, yo, superyó*) que interactúan en una tensión y equilibrio dinámicos, aunque se trata de conceptos analíticos para describir por los procesos implicados en la dinámica de la personalidad, no de entidades objetivas (Millon, 1981, 2015).

Este modelo freudiano, estructuralista, dominó el pensamiento psicodinámico a lo largo del siglo XX pues, aunque fue modificado o ampliado, como se verá más adelante, fue el paradigma para el

²⁹ Este movimiento de la teoría al conocimiento social muestra la forma en que la dimensión interna del conocimiento impacta o se relaciona con la dimensión externa social, así como en la externa intelectual si se considera que el resto de las tradiciones en psicopatología (médica, psicológicas en general) se vieron en la necesidad de adoptar la creencia, en el siglo XX, de que las personas “sanas” son igualmente susceptibles de padecer alguna forma de trastorno mental.

desarrollo tanto de teorías como de terapéuticas que privilegian los conflictos inconscientes para la clasificación y tratamiento de problemas emocionales y conductuales.

Las concepciones freudianas sobre el tratamiento surgieron lógicamente de sus teorías sobre la personalidad, de manera que dicho tratamiento consistía en sustituir el inconsciente por el consciente (*insight*), eliminar los conflictos originados durante las fases infantiles de desarrollo psicosexual y compensar los desequilibrios existentes entre el ello y el superyó mediante la estimulación de los recursos del yo, la instancia psíquica que mediaría entre ellos en su esquema. Freud señaló que los procesos psicogenéticos inconscientes son fundamentales en cada enfermedad (Millon, 1981, 2015).

Aunque el propio Freud reconoció que los síntomas tenían “sobredeterminación”, es decir, que eran causados por la coyuntura de varios factores, enfatizó la lucha entre los conflictos inconscientes y las demandas de la “realidad”, modelo que a la fecha ha sido continuado por diferentes “escuelas” psicodinámicas; en este sentido,

[I]o trascendental en su obra no sólo fue la originalidad de sus hallazgos, sino el hecho de que su filosofía individualista y su orientación hacia el origen psicodinámico de la enfermedad sirvió como fundamento en nuestro siglo XX para la comprensión de la naturaleza del hombre³⁰ [*Sic. Ser humano*]. (Millon, 1981, p.24)

Las teorías de Freud, al interior de la dimensión interna intelectual de la tradición psicodinámica, experimentaron una continua modificación por parte de los alumnos disidentes del psicoanálisis freudiano y las escuelas psicoanalíticas que fundaron a lo largo del siglo XX. Entre estas escuelas destacan: la *psicología analítica* de Carl G. Jung y la *psicología individual* de Alfred Adler; el trabajo de los denominados “teóricos sociales neofreudianos” Karen Horney (quien propuso, quizá por primera vez, que los trastornos mentales reflejaban las tendencias culturales aprendidas en el seno de la familia), Erich Fromm y Harry Stack Sullivan; “la teoría neofreudiana del yo”,

³⁰ Pues sin importar la tradición a la que se adscriban las personas encargadas de la evaluación psicológica, diagnóstico psicológico o clasificación psicopatológica, no se cuestiona ya el hecho de que no todos los comportamientos, emociones y percepciones son racionales y conscientes, antes bien se concibe que hay partes del pensamiento, la emoción y la motivación para el comportamiento que resultan desconocidos para las propias personas que los experimentan. Asimismo, sirve como justificación para entender que, de alguna manera, las personas, de entre todos los síntomas que podrían presentar, muestran *unos* y no *otros*.

conformada por Heinz Hartmann, Ernst Kris, David Rappaport y Erik Erikson, que minimizaron el papel de los instintos y privilegiaron el análisis del desarrollo de la conciencia, la percepción, el pensamiento y el lenguaje durante los primeros periodos de la vida, por lo que se concentró en los procesos de aprendizaje; la “escuela kleiniana” desarrollada a partir de la obra de la inglesa Melanie Klein, que se centró en el desarrollo temprano del individuo (el *yo* temprano); la “escuela de las relaciones objetales” del escocés W.R. D. Fairbairn (influida por la teoría de “las relaciones con los objetos” de Melanie Klein); y Anna Freud, quien desarrolló su trabajo en torno a los mecanismos de defensa³¹ originalmente formulados por su padre (Millon, 1981, 2015).

Cabe señalar que el psicoanalista suizo Ludwig Binswanger y Medard Boss, influidos por los filósofos fenomenológicos, sentaron las bases de la escuela contemporánea del análisis existencial (Millon, 1981).

Tradición de la Psicología Personológica y Clínica

La tradición de la psicología clínica y personológica involucra al conjunto de teorías que se desarrollaron en el campo de la psicología. La psicología clínica surgió como alternativa a la psiquiatría, como ciencia aplicada de las teorías psicológicas para la intervención terapéutica, mientras el estudio de la personalidad se desarrolló de la conjunción de las teorías psicológicas con la psicodinámica, en un intento de explicar las características individuales de las personas y cómo inciden en el desarrollo de ciertos trastornos; se enfoca en la experiencia consciente de las personas con una perspectiva idiográfica.

La psicología clínica es la rama más afín a la psiquiatría pues, como ella, se ocupa de la intervención clínica, esto es, del tratamiento de los padecimientos de las personas que buscan psicoterapia. En virtud de que la psiquiatría y la psicología son disciplinas diferentes hay divergencias en la forma en que se llevan a cabo dichas intervenciones, demasiadas para describirlas todas en este espacio. Las principales son: 1) la psicología, a diferencia de la psiquiatría, no recurre a tratamientos farmacológicos o médicos; 2) la psicología integra un

³¹ Con modificaciones realizadas durante el siglo XX, el análisis de los mecanismos de defensa sigue siendo privilegiado en el diagnóstico psicodinámico actual.

conjunto de saberes de su disciplina para la intervención y para la evaluación, por ejemplo, recurre a la psicometría provista por la psicología diferencial, contempla los ciclos de vida y desarrollo de la psicología evolutiva; y, 3) la intervención se lleva a cabo con base en modelos teóricos –y los dispositivos terapéuticos derivados de ellos– psicológicos, no con base en los manuales diagnósticos.

Esto implica que, en la dimensión interna intelectual, la psicología clínica incluye en el tratamiento y evaluación de la psicopatología un conjunto de saberes provistos por la psicología “normal”, así como por la filosofía de la psicología. Inclusive, Domènech (1991) señala que, a diferencia de la psiquiatría, la psicología se ocupa constantemente de la revisión de sus conceptos y categorías, por lo que los modelos de psicopatología y personalidad se revisan y actualizan con mayor frecuencia que los psiquiátricos.

La psicología “de la personología” alude a aquella rama que se ha especializado en el estudio de la “personalidad” como integración de los niveles biológico, psicológico y social en los individuos, pues se considera como personalidad a un conjunto de características estables (rasgos) que han resultado de las experiencias de la persona en su ciclo de vida y de su adaptación a las condiciones del entorno (social); los rasgos, a su vez, se consideran influidos por el nivel biológico (temperamento). La psicología personológica tiene amplia influencia en la mayoría de los modelos de intervención de la psicología clínica. Las teorías de la personalidad comenzaron a desarrollarse a principios del siglo XX a partir del trabajo de Jung tras su disidencia del psicoanálisis. La psicología clínica, como el área de la psicología especializada en la intervención, no surgiría de manera generalizada sino hasta después de la década de 1920, cuando las clínicas psicoeducativas en Estados Unidos comenzaron a prestar servicios de atención terapéutica por parte de psicólogos, lo cual se vio favorecido por la creación de la división de psicología clínica, en 1919, de la Asociación Americana de Psicología.

La psicología clínica surgió como alternativa a la psiquiatría tradicional, sus modelos, así como la psicología personológica, son el resultado del desarrollo de las ramas de la psicología desde su origen filosófico hasta su desarrollo académico. Mientras la psiquiatría tradicional, se ha ocupado en problemas prácticos como la clasificación y el diagnóstico diferencial, ha dado resultados en el desarrollo de conceptos y términos útiles, pero esencialmente descriptivos y poco vinculados con

los procesos psicológicos básicos (Millon, 1981, 2015), “este lenguaje psiquiátrico, sin embargo, se basa en fundamentos dudosos” (Millon, 1981, p.28).

Como respuesta a estos problemas de la psiquiatría y a los planteados por la desvinculación de la psicología académica con la intervención, la psicología clínica se desarrolló para dar solución a las dificultades en el tratamiento y la aplicación de las teorías del aprendizaje y del desarrollo (académicas). En la dimensión interna intelectual, Millon (1981, 2015) considera que especialmente desde el campo de la psicología clínica y personológica se ha iniciado un intento de enlazar los conceptos básicos desarrollados en las investigaciones académicas con los problemas psiquiátricos, es decir, entre los modelos de la ciencia básica y los problemas que se enfrentan en la intervención clínica.

La psicología “clínica” y “de la personología” han establecido un puente entre la psicología y la psiquiatría mediante la utilización de conceptos relativos a la personalidad, esto es, aquellos conceptos que representan *disposiciones para la conducta* (los rasgos de la personalidad), que ha sido una de las principales aportaciones de esta tradición para el estudio de la psicopatología.

La *conceptualización* de la estructura de la personalidad se ha desarrollado bastante independientemente de su *medida*, la noción de *individualidad* de cada persona está implícita tanto en la obra de los psicólogos clínicos como de los personólogos. Al contrario del enfoque académico, estas disciplinas están menos preocupadas por los patrones generales o los aspectos comunes existentes entre los individuos, que por el patrón especial por el cual los factores se combinan en un individuo particular. A partir de esta orientación se consigue un enfoque sobre la interacción de los factores que intervienen en la conducta, denominado *ideográfico y holístico*, pues hace referencia a la integración “única” de la personalidad total. Otra idea compartida entre psicólogos clínicos y personólogos es que hay una continuidad entre la conducta normal y la anormal (Millon, 1981, 2015).

Hipócrates fue el primero que formuló las primeras caracterizaciones de la personalidad (a través de su clasificación de los temperamentos), pero fue hasta finales del siglo XVIII que se realizó el primer intento sistemático de analizar los elementos básicos de que podía estar compuesta la personalidad. La *frenología*, propuesta por Franz Joseph Gall (1758-1828), a pesar de la parte de descrédito y deshonra científica que conlleva, fue un intento serio y honesto por construir la ciencia

de la personología; al presuponer una relación entre mente y cuerpo pensó que las características internas se reflejarían en las estructuras externas (Millon, 1981, 2015), además aportó una de las primeras teorías tipológicas de la personalidad basada en rasgos, lo cual apoyaría el desarrollo de los modelos de psicopatología basados en rasgos y facultades (Berrios, 2011). Asimismo,

[I]a fuerza descriptiva de la frenología de Gall no se perdió totalmente, vivió en la primera clasificación viable de la psiquiatría del siglo XIX que separaba los trastornos mentales en delirantes, emocionales y volitivos (Esquirol, Prichard, Bucknill y Tuke) que a su vez proporcionaron la plantilla de las clasificaciones actuales de la esquizofrenia y los estados delirantes, los trastornos afectivos y la psicopatía respectivamente. (Berrios, 2011, p.129)

Ni la psicología ni la psicopatología eliminaron la volición como descriptor, aunque a principios del siglo XX los términos de “motivación” e “impulso” tomaron su lugar (Berrios, 2011). La especulación de Gall, aunque ingenua, al distinguir las unidades o *facultades* que existían en el cerebro estableció una base para la moderna psicología factorial; este modelo fue un precursor de las tipologías morfológicas expuestas por Kretschmer y Sheldon, que considerarían la relación entre el cuerpo y la personalidad. A finales del siglo XIX los psiquiatras Janet y Kraepelin propusieron algunas tipologías limitadas a los enfermos mentales. Los conceptos tipológicos extraídos de la psiquiatría no se aplicaron a la personalidad normal hasta que Carl Jung estableció la distinción entre individuos *extrovertidos* e *introvertidos* en su tipología psicoanalítica de la personalidad. Estas caracterizaciones fueron elaboradas más tarde por el psiquiatra suizo Hermann Rorschach (Millon, 1981).

El desarrollo de modelos, tanto en psiquiatría como en psicología, se ha vinculado a través de la historia con el avance en otras disciplinas, no sólo biológicas y filosóficas, sino también con las matemáticas. Los avances en matemáticas a finales del siglo XIX volvieron a despertar un interés por las “unidades básicas” de la personalidad; para sustituir las facultades hipotéticas propuestas por Gall se buscó elaborar cualidades susceptibles de análisis estadístico, que son los *factores*, esto es, “un conjunto de elementos independientes de la personalidad deducidos estadísticamente a partir de generalidades de la conducta y de las pruebas manipulativas (*performance*)” (Millon, 1981, p.29). La utilización de este método en la investigación de la personalidad fue estimulada por el éxito de C. Spearman al analizar los factores básicos de la inteligencia, y cuyo modelo constituye uno de los antecedentes teóricos de las pruebas psicológicas de habilidades intelectuales

de la actualidad. La técnica se amplió al estudio de la personalidad por Cyril Burt, Lloyd Thurstone y, en la investigación múltiple de J.P. Guilford y Raymond Cattell (Millon, 1981, 2015).

Gordon Allport (1897-1967), personólogo estadounidense, criticó el enfoque del análisis factorial de la personalidad, pues consideraba que los factores eran “ficciones estadísticas” o artefactos matemáticos que carecían de un sentido psicológico intrínseco, y consideraba que la idea de factores independientes era inconsistente con la naturaleza tan integrada del sistema nervioso. Para contrarrestar esta teoría, Allport propuso otra basada en el concepto de rasgos (*trait*) de personalidad, que concibe los rasgos como *disposiciones relativamente permanentes* de la personalidad que subyacen a la conducta manifiesta (como voliciones); en su obra *Personality, A Psychological Interpretation*, publicada en 1937, recalcó que la personalidad se concibe mejor si se la considera como un sistema holístico. El hecho de que existan una serie de rasgos dentro de un mismo individuo permite que su teoría incluya las variedades de la conducta humana mejor que las teorías tipológicas, más restrictivas (Millon, 1981, p.30)³².

La concepción holística afirma que la personalidad sólo puede comprenderse en términos de la unidad intrínseca existente entre funciones biológicas y los estímulos ambientales; sus principales exponentes fueron Kurt Goldstein (1876-1965) y Kurt Lewin (1890-1947) que, influidos por los gestálticos, ampliaron las ideas holísticas. Goldstein subrayó la importancia de la unidad interna de las funciones biológicas, mientras que Lewin, psicólogo, lo hizo en las interrelaciones existentes entre personalidad y ambiente (Millon, 1981). Lewin, asimismo, reavivó la corriente fenomenológica impulsada por K. Jaspers a principios del siglo XX (Millon, 2015), al concebir que resulta más importante la forma en que cada individuo percibe los acontecimientos que el cómo existen objetivamente; el punto de vista *fenomenológico* ha llegado a ser una de las principales orientaciones de la psicopatología contemporánea, como se verá en el capítulo posterior.

³² De estos dos modelos tipológicos, factorial y de rasgos, surgirían tras la segunda guerra mundial diversas pruebas de evaluación psicológica utilizadas para el diagnóstico psicopatológico. Las pruebas basadas en el modelo factorial constituyen inventarios de personalidad, en tanto las basadas en rasgos se conforman por las pruebas proyectivas; aunque este tipo de pruebas suelen conjugar tanto teorías personológicas como psicodinámicas en su interpretación.

Las medidas estadísticas para la psicología diferencial³³ se desarrollaron a lo largo del siglo XIX, aunque continuaron afinándose durante el siglo XX, conocimiento de la dimensión externa intelectual que fue integrado en la interna intelectual de la psicopatología. Resulta importante resaltar el hecho de que sus impulsores y creadores fueron favorecidos por instituciones públicas y financiamientos de universidades, por un lado gracias al prestigio académico ganado por la psicología y la psiquiatría en el siglo XX, y por otro debido también al prestigio de algunas de sus principales figuras académicas, como en el caso de Cattell, quien fuera alumno de Wilhelm Wundt, considerado el “fundador de la psicología científica” (Millon, 2015), por lo que las posiciones prestigiosas en la dimensión interna social favorecieron el apoyo y financiamiento desde la esfera externa social.

Aunque el primer intento de medir las diferencias psicológicas puede atribuirse al sistema de Christian Thomasius de en el siglo XVII, los fundamentos de la psicología diferencial comienzan con Francis Galton (1822-1911). Galton recogió una sugerencia sobre la utilidad de la aplicación de los principios de probabilidades y matemáticos en la medida de los atributos humanos; en su laboratorio antropométrico de Londres, creado en 1882, elaboró pruebas más simples que los métodos de medida psicofísicos utilizados entonces, y concentró su atención en las diferencias individuales más que en las características de los grupos. El empleo de las unidades estadísticas diferenciales fue una innovación original, y sus exploraciones sobre los rasgos psicológicos y el temperamento rebasaron las limitaciones de los estudios sensoriomotrices, típicos en sus días (Millon, 1981).

James MacKeen Cattell (1860-1944), alumno de Wilhelm Wundt, continuó la tradición de Galton de estudiar las diferencias individuales. En su laboratorio de la universidad de Pensilvania, creado en 1890, ideó los procedimientos estadísticos para conseguir medidas normativas y comparativas entre los individuos. Aquí acuñó el término de “pruebas mentales” que refleja el método cuantitativo o psicométrico que utilizó; sin embargo, “la principal figura de la psicología americana de la época, Edward Titchener, condenó categóricamente las pruebas por no considerarlas

³³ La psicología diferencial se ocupa del análisis de las diferencias individuales, ya sea en cuanto a funciones o habilidades; de esta rama de la psicología derivan las pruebas psicométricas, que constituyen unos de los instrumentos de evaluación empleados por la psicología clínica.

científicas, por lo que durante casi dos décadas se detuvo el desarrollo de la metodología de dichas pruebas” (Millon, 1981, p.31).

Fue el psicólogo francés Alfred Binet (1857-1911) quien extrajo el estudio de las pruebas del laboratorio para darles una aplicación sistemática, tanto por el carácter más filosófico de la psicología francesa como por el apoyo que le ofreció el ministerio francés de Instrucción Pública (enlace entre la dimensión interna intelectual y externa social, que muestra la continuidad entre estas dimensiones), Binet abandonó los tipos de evaluación, limitados y simples, elaborados por Galton, y llevó a cabo el estudio de procesos tan complejos como la memoria, la imaginación, la comprensión, la atención y el juicio; hacia 1905 Binet combinó varios de los instrumentos que había ideado para crear la primera escala formal de inteligencia general. La obra de Binet no fue aceptada del todo hasta que apareció la obra de un psicólogo de Stanford, Lewis M. Terman (1877-1956), quien en *The Measurement of Intelligence* (1916) describió su escala –que fue revisada y ampliada en 1937, y luego en 1960– y aún es, junto con las escalas ideadas por David Wechsler en las décadas de 1930 y 1940, una de las evaluaciones estándar de la inteligencia utilizadas en la actualidad³⁴. El énfasis que se le dio a las pruebas de inteligencia fue en gran parte resultado de los limitados instrumentos de que se disponían los psicólogos durante las primeras décadas de este siglo que sólo conseguían medir una parte muy limitada de toda la serie de actividades mentales humanas (Millon, 1981).

Por otra parte, la medición de sucesos psicológicos comenzó en áreas distintas a la psicopatología, con los datos sensoriales de Fechner, pero en lo referente a la patología mental, los primeros intentos de medición fueron cuestionados por la aparición de los modelos psicodinámicos (Berrios, 2011), que buscaron desarrollar sus propios instrumentos de análisis de la psicodinámica.

En contraste con las técnicas psicométricas, las pruebas de evaluación de personalidad no podían proporcionar conceptos ni formatos adecuados, por lo que la psicometría se volvió la forma aceptada para evaluar la inteligencia, pues las teorías de la personalidad se encontraban subdesarrolladas. Durante las décadas de 1920 y 1930 las pruebas de personalidad decayeron ante las investigaciones críticas de la psicología académica (experimental). La creciente aceptación de

³⁴ Las escalas de evaluación de inteligencia principales en el ámbito clínico, en poblaciones con escolaridad, son Terman-Merril y las distintas versiones (para diferentes edades) de escalas Wechsler.

las teorías psicodinámicas condujo a los psicólogos de orientación clínica a investigar los métodos que reflejaran los aspectos complejos de la personalidad y descubrieran los procesos motivacionales inconscientes. La investigación llevó al descubrimiento de la técnica de “asociación de palabras”, ideada por Juan en 1905, y a las láminas con manchas de tinta creadas por Hermann Rorschach en 1921, cuya lógica también se basaba en la suposición de que una persona podría mostrar sus “dinamismos internos” y “su estructura” al intentar interpretar o “proyectar” significados sobre estímulos ambiguos (las manchas de tinta). En 1935 las pruebas proyectivas se ampliaron con el desarrollo de la “prueba de apercepción temática” (TAT) por parte de Henry Murray. Rorschach y TAT llegaron a ser los principales instrumentos utilizados para el diagnóstico clínico; aunque actualmente son de uso general, han sido criticadas (al igual que el resto de las pruebas proyectivas, tales como dibujos) por cuanto los procedimientos para su interpretación son subjetivos y todavía no se ha encontrado una validez científica estándar³⁵ (Millon, 1981).

Para cumplir con los criterios de objetividad, demandados en el campo científico, los creadores del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI) propusieron una prueba capaz de señalar aspectos clínicos que surgían en las pruebas proyectivas y no eran medibles por las pruebas psicométricas, por ello

[...] los creadores del inventario propusieron una idea totalmente nueva para la interpretación objetiva de las pruebas, al observar que cualquiera que sea el mérito que posea una determinada técnica diagnóstica depende de la validez y precisión de sus conclusiones y no de procedimientos de interpretación [...] por consiguiente, las respuestas que el individuo daba sobre sí mismo en el MMPI no habrían de tomarse como valor absoluto, sino que tendrían que evaluarse en su correlación con criterios externos. Así, solamente se incluyeron en el MMPI definitivo aquellas cuestiones de la prueba que mostraban una relación empírica significativa con los síndromes clínicos. [...] por primera vez se establecían unas bases “científicas” firmes para el psicodiagnóstico. (Millon, 1981, pp.32-33)

Aunque hubo progresos en las formas de evaluación propuestas por las corrientes de la psicología clínica y la psicología personalógica, las pruebas psicológicas orientadas al análisis de la personalidad (rasgos y factores) han sido ampliamente criticadas, especialmente por las vertientes experimentales de la psicología.

³⁵ Algunos autores como Bellak y Koppitz han desarrollado escalas para la evaluación de pruebas proyectivas, en un esfuerzo por reducir la subjetividad interpretativa, aunque aún se debate su validez, de modo que las pruebas proyectivas suelen realizarse acompañadas de pruebas psicométricas, consideradas más válidas y confiables.

Entre la década de 1920 y 1940, Carl Rogers y Abraham Maslow impulsaron la denominada “psicología humanista” que, junto con la terapia Gestalt desarrollada por Fritz Perls, representó una forma de terapia diferente al psicoanálisis y la psiquiatría. Las universidades de Estados Unidos contaban con programas de psicología desde finales del siglo XIX, pero fue hacia 1919 que se formaron cátedras de psicología clínica. Por ello, estos autores y sus estudiantes (los tres impartieron cátedras en universidades) fueron quienes sentaron las bases para que los psicólogos comenzaran a participar en la intervención clínica de personas con problemas psicoemocionales, aunque abandonaron la psicopatología descriptiva y no consideraban las clasificaciones psiquiátricas, antes bien, produjeron modelos para entender los conflictos emocionales y psicológicos de manera distinta.

Cabe destacar que, dentro del campo de la psicología, la vertiente clínica es una de las más recientes y diversas (Limón, 2005), tiene mayor número de vertientes y formas de intervención que las tradiciones psiquiátricas, por cuanto resulta virtualmente imposible sintetizar todas las formas y modelos de intervención existentes. No obstante, la tradición de la psicología clínica, por la forma en que se configuró, tuvo originalmente un predominio de la psicodinámica y la psicología diferencial³⁶ para el establecimiento de sus tipologías en lo referido a la psicopatología y la personalidad.

Tradición de la Psicología Académica y Experimental

La cuarta tradición científica de que se ha nutrido la psicopatología está representada por la psicología experimental y académica. Ésta se refiere a las teorías que han surgido en el estudio teórico de la psicología en universidades (teorías académicas), así como a los estudios realizados en laboratorio para estudiar los procesos y funciones mentales como el aprendizaje y la memoria (psicología experimental), esto es del comportamiento en ambientes controlados, en laboratorios. Se enfoca en los datos observables del comportamiento,

La psicología académica se ha distinguido por su compromiso con los métodos de la “ciencia” (Millon, 1981), por cuanto las exigencias académicas, en donde se ha producido este tipo de

³⁶ Que desarrolló la psicometría.

conocimiento, tienen criterios diferentes de validez que los de la clínica, principalmente por las diferencias entre sus métodos de investigación³⁷. Mientras la psicología clínica persigue encontrar conceptos y técnicas operativas para la intervención individual, la psicología académica-experimental aspira al desarrollo de leyes de la mente y el comportamiento humano que sean universalmente válidas.

En lo referente a la dimensión interna intelectual, los trabajos de la psicología académica se basan en tres principios generales: la utilización de instrumentos objetivos y técnicamente precisos, la aplicación de procedimientos rigurosamente controlados en los proyectos de investigación y su análisis, y la búsqueda de leyes básicas de las que dependen tanto las funciones simples como las complejas; de forma que el psicólogo academicista no se orienta a la terapéutica, que representaría soluciones momentáneas e inciertas para determinados problemas, sino a descubrir los principios de la conducta humana que sean universalmente válidos y constantes. Para este fin, la vertiente académica define operacionalmente los conceptos para convertirlos en objetos observables y así obtener relaciones cuantitativas o magnitudes, así como para realizar relaciones entre variables y análisis estadísticos (Millon, 1981, 2015).

El objetivo de sus pruebas es la predictibilidad y la obtención de regularidades (a diferencia de las pruebas de la vertiente clínica, que buscan la interacción de elementos individuales) para descubrir leyes, bajo el supuesto de que las explicaciones para conductas simples son operativas también para conductas complejas,

[...] según este argumento el psicólogo academicista se dedica al estudio sistemático de las funciones menos complicadas como la percepción y el aprendizaje, más bien que la personalidad como un todo. Y, por comodidad, estudia dichas funciones en los niveles animales más simples. Estos principios metodológicos y teóricos han sido violados varias veces. Sin embargo, han sido y aún son las principales directrices que fundamentan el desarrollo del enfoque académico-experimental. (Millon, 1981, p.33)

La psicología académica surgió a finales del siglo XIX con el estudio de las reacciones sensoriales a los estímulos físicos; alrededor de 1845 el fisiólogo W. Weber ideó procedimientos sistemáticos que le permitían medir las respuestas sensoriales ante estímulos físicos; el físico Gustav Fechner

³⁷ Dimensión interna social que incide en la forma adoptada por los conceptos centrales de la interna intelectual, pues las normas académicas afectan la forma de trabajo y conceptualización de las patologías. La psicología académica adopta las prácticas de laboratorio antes que las clínicas.

amplió y refinó los métodos de Weber y los presentó en su libro *Elements of psychophysics*, en 1860 (Millon, 1981).

Wilhelm Wundt (1842-1900), considerado por muchos como el padre de la psicología científica, observó las formulaciones hechas por Weber y Fechner, en 1879 creó un laboratorio de psicología en la universidad de Leipzig. Wundt desarrolló el procedimiento de la *introspección* controlada, con el cual superó el estudio de los estímulos simples y puros investigados por los psicofísicos alemanes; la que denominó como “ciencia de la experiencia consciente” recogía de manera sistemática las reacciones a los estímulos complejos e impuros, modelo que admitía que la conciencia era algo más que un producto de las sensaciones. Con estos experimentos inició el estudio de la respuesta compleja que llamamos percepción (Millon, 1981).

Un discípulo de Wundt, Edward Bradford Titchener (1867-1927), continuó estos estudios que expuso en su “teoría del núcleo-contexto” sobre la percepción, en donde el *núcleo* de la percepción estaba compuesto por las sensaciones inmediatas fusionadas con imágenes residuales de sensaciones pasadas; de tal suerte que este núcleo tenía sentido a través del *contexto* único que constituían las experiencias pasadas del individuo, al combinar el núcleo y el contexto se explicaba todo el sentido de la percepción. Simultáneamente a los trabajos de Titchener, la escuela de psicología funcionalista estadounidense y la alemana de Wurzburg desarrollaron una concepción diferente de la percepción, en estos modelos el individuo no recibe pasivamente el estímulo para luego darle un sentido, sino que la percepción adquiriría todo un sentido inmediatamente a causa de la expectativa o situación del individuo. Otra vertiente que se opuso al modelo psicofísico y del núcleo contexto fue la escuela psicológica de la Gestalt, que propuso que eran propiedades inherentes al sistema nervioso y, por tanto, que no eran aprendidas (Millon, 1981, 2015).

Los gestaltistas, a través de la obra de Max Wertheimer, Kurt Koffka, y Wolfgang Kohler, sostuvieron que la percepción no era la construcción de partes meramente unidas entre sí, sino que el todo, o *Gestalt*, era lo que primero se percibía como una unidad, y que las partes solamente adquirirían sentido en función de la *Gestalt* en la que estaban incluidas. Esta teoría holística llegó a ser un modelo para concepciones semejantes en muchos campos de la psicología y la psicopatología. Por extensión lógica se llegó a la conclusión de que los síntomas clínicos sólo tenían sentido considerados en función del contexto de la personalidad de la que forman parte

(Millon, 1981, 2015), así como a la idea del síntoma como totalidad compleja multidimensional (Scharfetter, 1988); más aún, “la idea de que los elementos del complejo de la personalidad son intrincadamente interdependientes constituyó una tesis central en el estudio de la psicopatología” (Millon, 1981, p.34).

La psicología de la *Gestalt* soslayó el papel de la experiencia personal en los procesos perceptivos. A finales de la década de los 40 y en la de los 50, Gardner Murphy, Jerome Bruner, George Kelly y George Klein resucitaron la idea funcionalista de que la percepción era un acto aprendido y adaptativo (impulsando así la vertiente cognoscitiva) y le añadieron la noción de las motivaciones inconscientes señaladas por los psicoanalistas. La percepción, según la elaboraron estos autores, era una expresión de las actitudes cognoscitivas del individuo que reflejaba sus impulsos inconscientes y defensas adaptativas; de este modo, se planteaba que el individuo desarrolla hipótesis cognoscitivas o expectativas que le permitan seleccionar perceptivamente aquellos aspectos de la realidad que mejor se adecuen a sus necesidades. Estas teorías alcanzaron una importante síntesis entre el concepto de impulsos inconscientes adaptativos, propuestos por las teorías psicodinámicas, y el interés histórico de los psicólogos académicos por la percepción y el conocimiento (Millon, 1981, 2015).

Además de las vertientes cognitivas de la psicología académica, que trabajan principalmente con modelos teóricos, se hallan las corrientes más experimentales. Los teóricos del aprendizaje y los conductistas tradicionalmente se han dedicado a la manipulación de las condiciones simples del laboratorio con sujetos animales; a pesar de su atención en las variables experimentales simples, “su trabajo ha producido con frecuencia conceptos importantes para la comprensión de fenómenos clínicos” (Millon, 1981, p.35). En sus modelos, virtualmente eliminan los conceptos inferidos (como el de “inconsciente”) y recurren a los términos que solamente se hallan vinculados a la conducta manifiesta; consideran los síntomas como cualquier otra conducta, con la diferencia de que socialmente son conflictivos e inadaptados (Millon, 1981, 2015).

En este aspecto, la psicología académica y experimental ha enfatizado esta distinción en mayor medida que las demás tradiciones disciplinares, pues el síntoma se convierte en tal por criterios externos a los de la propia conducta, por definiciones sociales, no por cuestiones necesariamente

internas al individuo que, por lo demás, obedece a respuestas ante estímulos, que surgieron originalmente como respuesta adaptativa o bien son resultado del aprendizaje de respuestas.

Puede considerarse que el origen de la moderna teoría del aprendizaje (central para esta tradición, como causa probable de los trastornos mentales) parte de los estudios asociativos de la memoria de Hermann Ebbinghaus y de la embrionaria “ley de efecto” formulada por Edward Lee Thorndike (1874-1949) a comienzos del siglo XX, que señaló la importancia del premio y el castigo en el aprendizaje en el ámbito de la psicología académica. A pesar de la claridad de la afirmación de Thorndike, fue el fisiólogo ruso Iván P. Pavlov (1849-1936) quien, en el área experimental, demostró que la conducta se modifica como una función del aprendizaje; aunque Pavlov no conocía los trabajos de Thorndike, posteriormente reconoció que el americano le había precedido en dos o tres años en cuanto al concepto de aprendizaje por reforzamiento (Millon, 1981).

La obra de Pavlov no tuvo impacto en la psiquiatría hasta que en 1913 el psicólogo estadounidense John B. Watson (1878-1958) expuso un punto de vista denominado *conductismo* (*behaviorismo*) que presentó como alternativa a las preocupaciones por la conciencia y la introspección (Millon, 1981, 2015). En este periodo el modelo psicodinámico se había difundido ampliamente, y sus principales detractores criticaban el “oscurantismo” del modelo y las dificultades que suponía en términos de objetividad científica, puesto que no era falsable, por lo que muchos investigadores buscaban alternativas a este modelo, que fueran susceptibles de análisis y control experimental.

Para Watson la conciencia era una experiencia privada subjetiva y por tanto no podía cumplir con el principal principio de la ciencia de que los datos han de ser objetivos o verificables por otros. Watson conoció los trabajos sobre reflejos condicionados de Pavlov y de su contemporáneo ruso V. M. Bechterev (1867-1927) en 1915, que consideró útil para analizar datos objetivos y manifiestos, siguiendo estos trabajos, hizo de los reflejos condicionados el concepto central del conductismo, aunque rechazó la orientación fisiológica de Pavlov (Millon, 1981, 2015).

Watson realizó sus estudios de laboratorio supervisado por el psiquiatra A. Meyer, creador del enfoque “psicobiológico”; por lo que estuvo familiarizado con los modelos psiquiátricos organicistas y con el enfoque psicoanalítico, así como tuvo oportunidad de realizar sus investigaciones en los laboratorios clínicos-experimentales creados bajo la influencia de Meyer, para quien los trastornos tenían un sustrato biológico y psicológico (Lamb, 2014). Watson afirmaba

que para explicar todos los procesos del aprendizaje era suficiente con los conceptos definidos a nivel de la conducta; argumentó además que el aprendizaje por sí solo explicaba la conducta y la personalidad, delimitación que otorgó a los psicólogos un nuevo sentido de independencia, aunque con ello se separó a la psicología de la corriente principal de la psiquiatría biológica (Millon, 1981, 2015).

Durante los 30 años siguientes los neoconductistas Clark Leonard Hull (1884-1952), Edward Chase Tolman (1886-1961), Edwin Ray Guthrie (1886-1960) y B. F Skinner idearon brillantes experimentos y teorías del aprendizaje, aunque adoptaron una postura conductista mucho menos rígida que la de Watson, pero mantuvieron su énfasis en la objetividad y la experimentación. El conductismo (conjugado con modelos cognitivos en ocasiones) se volvió un modelo constitutivo para la teoría psicopatológica posterior a la Segunda Guerra Mundial, así como la terapéutica basada en este modelo se extendió en el trabajo clínico, pues

[...] a falta de una teoría totalmente convincente para explicar la psicopatología, y ante la suposición de que toda conducta estaba basada en procesos psicológicos universales, los conceptos extraídos de las investigaciones académicas se aplicaron, con una confianza justificada, a los problemas de la psicología anormal. (Millon, 1981, pp.36-37)

Las teorías que poseían unas bases comunes con los conceptos pavlovianos y la objetividad conductista proporcionaron nuevos principios para comprender la psicopatología y la psicoterapia. Las aportaciones de Hull fueron elaboradas a finales de la década de 1940 por O. Hobart Mowrer, Neal Miller, Joseph Wolpe y Hans J. Eysenck, mientras que las de Skinner las desarrollaron a finales de la década de 1950 Charles Fester, Leonard Krasner y Ogden Lindsley (autores consolidados y prestigiosos en la dimensión interna social, pues eran las principales figuras académicas de su campo). El pequeño número de conceptos empleados en estas teorías para explicar las distintas conductas psicopatológicas fue un éxito de considerable mérito, de mayor importancia aún fue la esperanza de que pudieran proporcionarse nuevas explicaciones relativas a la evolución y la modificación de la psicopatología (Millon, 1981).

Los teóricos conductistas no postulan la existencia de causas internas o de conflictos intrapsíquicos para explicar la patología. En cambio, piensan que la psicopatología es un conjunto de hábitos y respuestas aprendidos por los reforzamientos que el individuo ha experimentado a lo largo de su

vida. La distinción entre conducta adaptada solamente refleja las diferencias de las experiencias de reforzamiento a las que ha estado expuesto. El enfoque terapéutico del conductismo se deduce lógicamente de su concepción de la patología, es decir, al modificar la conducta considerada como síntoma (mediante re-condicionamiento y reaprendizaje) se elimina la “patología” (Millon, 1981, 2015).

LAS CUATRO TRADICIONES DE LA PSICOPATOLOGÍA HASTA EL SIGLO XX

Estas cuatro tradiciones, desde sus respectivas disciplinas, han moldeado el estudio de la “anormalidad”, en el pensamiento, el comportamiento y las emociones, enfatizando alternativamente la influencia de los tres factores propuestos por Halgin & Kraus (2004). De estas cuatro tradiciones, la psiquiatría médica, de corte biologicista, fue la primera en consolidarse en el siglo XIX, mientras que el psicoanálisis lo hizo en la primera década del siglo XX y se difundió de manera hegemónica hasta la década 1960.

Por su parte, la psicología clínica y de la personalidad comenzó a consolidarse hasta la década de 1920, al igual que la psicología académica y experimental, que aportaron conocimiento a la psicopatología, pero se separaron de las clasificaciones y descripciones psiquiátricas, produjeron nuevos modelos que a partir de la década de 1960 figurarían en las nosologías psiquiátricas en mayor o menor medida. Especialmente el desarrollo de la psicometría, por parte de la psicología diferencial, se consolidó entre 1920 y 1950, aportando saberes que actualmente son considerados para el psicodiagnóstico; después de la Segunda Guerra Mundial se desarrollaron tantos instrumentos de medición y evaluación que hoy día es imposible conocerlos todos.

Mientras la psiquiatría tradicional, médica, ha enfatizado la dimensión biológica (de ahí que sea considerada biologicista), la tradición psicodinámica enfatiza el nivel psicológico; en el caso de la psicología, la clínica y personológica enfatizan la dimensión psicológica en su interacción con la dimensión social, y la psicología académica o experimental, se enfoca en la dimensión biológica y su interacción con el entorno social (como cognición y aprendizaje). Si bien, cada una coloca el foco en una de las tres dimensiones –orgánica, psicológica y social–, todas contemplan la existencia de éstas tres entidades en aquello que se designa como trastornos o padecimientos mentales.

Tabla 1 Dimensiones de Análisis de las Cuatro Tradiciones de la Psicopatología Descriptiva

Tradición	Dimensión Biológica	Dimensión Psicológica	Dimensión Social
Psiquiatría Médica	Es la dimensión determinante para la aparición de la psicopatología. La alteración de las funciones orgánicas, las lesiones en el sistema nervioso y la enfermedad, que alteran el equilibrio del organismo, son las responsables de los trastornos mentales.	Deriva de las condiciones orgánicas. Los procesos psicológicos corresponden a funciones del sistema nervioso.	Puede servir como estímulo para la expresión de los genes y problemas orgánicos, pero su grado de influencia depende de las condiciones basales del organismo.
Psiquiatría Psicoanalítica	Puede ser alterada por los procesos psicológicos inconscientes, que orientan el comportamiento y se expresan corporalmente.	Es el origen de los conflictos que llevan a la aparición de la psicopatología. El desarrollo de los síntomas, mentales y corporales, aparece como expresión de los conflictos psíquicos, inasequibles a la consciencia, que llevan al desequilibrio.	Influye en el desarrollo de síntomas en la medida en que puede profundizar los conflictos intrapsíquicos, especialmente a través de los afectos y la moral, por lo que resultan relevantes las relaciones interpersonales, especialmente las tempranas.
Psicología Clínica y Personalista	Considera lo orgánico como condición necesaria para el funcionamiento del sistema nervioso y las funciones mentales superiores (juicio, memoria, aprendizaje) y como causa posible de trastornos mentales cuando existe daño orgánico probado. La biología provee características para el desarrollo de la personalidad, como el temperamento, que es genético.	Es en donde se desarrollan los conflictos que pueden producir los síntomas mentales. La psicopatología se reconoce con base en la consciencia que las personas presentan sobre los problemas de ajuste al entorno, ya sea por limitantes biológicos, ideas, creencias o valores del entorno social o por límites planteados por las facultades mentales (inteligencia, memoria) y el carácter. La presencia de trastornos mentales se vincula con la personalidad, que es el resultado de la interacción de las tres dimensiones (temperamento, carácter, sistemas de creencias).	Las relaciones interpersonales y las exigencias del entorno pueden desencadenar conflictos funciones de ajuste y adaptación al entorno. El entorno es lo que establece los límites funcionales a los individuos a través de la socialización.
Psicología Académica y Experimental	Es el punto de partida para el comportamiento, supone las condiciones basales de desarrollo para los procesos psicológicos.	Los procesos psicológicos son vistos como funciones que median entre el organismo (dimensión biológica) y el entorno (dimensión social). Los más importantes son los cognitivos (memoria, aprendizaje) para regular el comportamiento. La psicopatología surge cuando estos mecanismos impiden la adaptación funcional del organismo al entorno.	Provee los estímulos, castigos y recompensas para el comportamiento. Es el medio al cual el organismo se adapta. El entorno social provee enseñanzas y establece los límites a la conducta.

DIMENSIÓN EXTERNA SOCIAL: LA FUNCIÓN EXTRA-TEÓRICA (NORMATIVA) DE LA PSICOPATOLOGÍA EN EL SIGLO XIX, LA VISIÓN DE FOUCAULT

Más allá del desarrollo de la Psicopatología Descriptiva como cuerpo de conocimiento (dimensión interna intelectual), ésta tuvo un desarrollo en la esfera social, insertándose en distintos ámbitos sociales conforme se consolidaba como saber o, si se prefiere, se consolidó como saber a la par de que se instituyó como conocimiento social, esto es, tuvo un desarrollo que impactó en la dimensión externa social y, como se ha visto, esto favoreció aspectos como la institucionalización en la dimensión interna social de la tradición y en las posiciones de sus agentes dentro del campo científico³⁸.

En este aspecto, el trabajo de Foucault aporta dilucidaciones en torno a la manera en que el desarrollo de esta tradición incidió en la esfera social, de la misma manera en que lo social afectó la constitución de la psicología y la psiquiatría como disciplinas que cumplen con funciones normativas para la organización social. En este aspecto, el contexto cultural –como contexto de posibilidad para el desarrollo de la tradición– aportó supuestos morales que se insertaron como “supuestos no problemáticos” (Laudan, 1977) y dotó de legitimidad a las disciplinas psicológica y psiquiátrica para clasificar a las personas y sus comportamientos, por lo que la institucionalización de las disciplinas en el espacio académico se vio favorecida por su institucionalización como campos de saber experto en el ámbito social.

Para Foucault, la práctica psiquiátrica inaugurada a principios del siglo XIX como práctica disciplinaria, sobre cuyos procedimientos se construirían la teoría y la institución psiquiátrica, se instituyó como microfísica del poder (2014, p.55). De acuerdo con la hipótesis de que en la sociedad existe algo que podríamos llamar poder disciplinario, una modalidad mediante la cual el poder político y los poderes en general logran trabajar sobre el cuerpo y el comportamiento y de que sobre la base del funcionamiento de ese poder disciplinario debe comprenderse el mecanismo de la psiquiatría. Este poder disciplinario sería ejercido por la función “psi” (de la cual participan tanto la psicología como la psiquiatría), que constituye una función normalizadora de las relaciones

³⁸ Por ejemplo, en aquellos casos en que recibieron financiamiento gubernamental para su trabajo, como en el caso de los asilos en Estados Unidos o en las pruebas de Binet en Francia.

sociales mediante el disciplinamiento del cuerpo y la conducta. Foucault (2014) afirma que el poder disciplinario

[...] tiene la doble propiedad de ser anomizante [...] de poner siempre a distancia a una serie de individuos, exponer la anomia [...] y de ser siempre normalizador, inventar siempre nuevos sistemas de recuperación, restablecer la regla. Los sistemas disciplinarios se caracterizan por un trabajo constante de la norma en la anomia. (p.76)

Ampliando esta idea, cabe decir que la “anormalidad”, lo que es distinto a la norma, atraviesa también por un proceso normativo, pues en la psicopatología del siglo XIX apenas comenzaban a reconocerse los síntomas, en oposición a los signos³⁹, pero el contenido del síntoma, la experiencia subjetiva, no se integró a la semiología (Berrios, 2011), de tal suerte que la forma estandarizada del síntoma supone una norma, una medida estandarizada, para la propia anormalidad (Pérez, 2012), en tanto el síntoma es traducido al lenguaje psicopatológico como signo.

Durante el siglo XIX, gracias a la institucionalización de las disciplinas psi, para Foucault, la *función psi* se convirtió a la vez en el discurso y el control de todos los sistemas disciplinarios, como se “verifica la aparición de la psicopedagogía dentro de la disciplina escolar, la psicología laboral dentro de la disciplina fabril, la criminología dentro de la disciplina carcelaria, la psicopatología dentro de la disciplina psiquiátrica y asilar” (2014, p.111), de modo que la psicología como institución, como cuerpo del individuo, como discurso, es lo que controlarán los dispositivos disciplinarios; la psiquiatría se erigiría entonces como sistema experto en función del principio de que es la ciencia de lo anormal, y el hospital psiquiátrico se torna en lugar de diagnóstico y de clasificación. En el intento de anclar la psiquiatría a la ciencia médica “el problema de la simulación y el diagnóstico diferencial entre enfermedad orgánica y enfermedad psicológica fueron durante tantos años (por lo menos de 1860 a 1890) el centro de la práctica y la teoría psiquiátricas” (2014, p. 389).

Foucault (2001) considera que los discursos psiquiátricos obtienen su poder del hecho de que funcionan en ella como discursos *de verdad*, de verdad por su estatus científico, o como discursos

³⁹ Se consideran los síntomas como la percepción y explicación “subjetiva” de quien los padece, mientras los signos serían la observación “objetiva” del experto. Un ejemplo sería que la persona presenta el “síntoma” de oler los colores, y el experto observa, con base en este discurso, un signo de “sinestesia”.

formulados exclusivamente por personas calificadas, dentro de una Institución científica, y del hecho de fungir como expertos y tener la facultad de decidir sobre la vida y la muerte. Esto resulta importante en tanto Foucault considera que el poder conferido a estos discursos es un poder incontrolado, por lo que se ocupa de la cuestión de los efectos de verdad que, en el discurso, puede producir el intelectual. La importancia de estas nociones es que muestran la forma en que a las disciplinas psi se les ha conferido la autoridad de clasificar a las personas, en diversos ámbitos institucionales, cuestionando poco –excepto dentro del campo de las ciencias sociales y las propias disciplinas psi– la validez de sus criterios.

El individuo a corregir fue la figura que permitió la institucionalización de la psicología y la psicopatología como formas disciplinarias, puesto que la aparición del incorregible es contemporánea de la introducción de las técnicas de la disciplina, a la que se asiste entre los siglos XVII y XVIII en el ejército, las escuelas, los talleres y, un poco más adelante, en las familias mismas; los nuevos procedimientos de domesticación del cuerpo, del comportamiento y de las aptitudes inauguran el problema de quienes escapan a esta normatividad que ya no es la soberanía de la ley (Foucault, 2001, p.298), dando lugar al surgimiento de instancias de control no penales, investidas por la autoridad científica de la psicología y la psicopatología, que produjeron el cuerpo de conocimiento para describir la anormalidad, esto es, la psicopatología descriptiva. Así pues, la conducta “culturalmente inaceptable” que, en tanto no necesariamente incurre en la violación de la ley, ha de ser normada en las instituciones, pero no necesariamente de forma penal, por tanto, se otorga un papel preponderante a la clínica mental –entendiendo ésta no como internamiento sino como intervención–, como conjunto de funciones institucionales.

Durante el siglo XIX surgieron diversos modelos para explicar la enfermedad mental, la psicopatología tendrá una tarea fácil al descubrir esta culpabilidad mezclada a la enfermedad mental, puesto que a lo largo de los siglos XVII y XVIII, los signos que a partir de la psiquiatría del siglo XIX se convertirían en síntomas inequívocos de la enfermedad, permanecieron repartidos entre la impiedad y la extravagancia, entre lo profano y lo patológico (Foucault, 2015a), de modo que la responsabilidad y el defecto eran situados en el individuo mismo.

El trabajo psicopatológico, a partir del Renacimiento, ha definido la esencia del problema en el plano individual, coloca la conducta dentro del individuo, como parte de él, como si el

comportamiento desplegado y su definición como “anormal” no fueran ideas relacionales con respecto a lo que está fuera de él, es decir lo normal *en otros y para otros*, no observa la dimensión relacional del “problema” sino que lo lleva a la “esencia” (metafísicamente hablando) de la persona. Este énfasis en la desviación y la responsabilidad individual resultó de la coyuntura de las filosofías individualistas, liberales, y los propios procesos de individualización, que convergieron con el periodo de internamiento en los siglos XVII y XVIII, así como el desarrollo de las nociones psicopatológicas en los siglos posteriores se vinculó con procesos sociales, tecnológicos y de institucionalización de las ciencias y los centros de investigación.

Así pues, la institucionalización de la psiquiatría y la psicología de la anormalidad supuso concebir a su sujeto de estudio como un conjunto de narrativas y prácticas construidas para describir y/o controlar las conductas consideradas como “inaceptables”, “perturbadoras” o “enfermas”, y durante el siglo XIX, estas prácticas incluyeron la creación de un lenguaje para su descripción, la *psicopatología descriptiva* (Berrios, 2011, p.22). Aunque generalmente el énfasis se coloca en el comportamiento, la descripción psicopatológica incluiría también ideas, emociones y afectos, en las clasificaciones en torno al delirio y los trastornos afectivos.

En el siglo XX, la idea del instinto sirvió para afianzar a la psiquiatría y a la psicología. Para Foucault, la referencia al eje voluntario-involuntario posibilitó al mismo tiempo un nuevo tipo de acoplamiento con la medicina orgánica, los trastornos mentales, los desórdenes de los que se ocupa la psiquiatría, podrían ahora relacionarse directamente, en cierto modo, con todos los trastornos orgánicos o funcionales que perturban el desarrollo de las conductas voluntarias y, esencialmente, con los trastornos neurológicos; por lo tanto, por una parte, pudo psiquiatrizarse todo lo que es desorden (indisciplina, agitación, indocilidad, carácter reacio, falta de afecto, etcétera), y al mismo tiempo anclar la psiquiatría en la medicina del cuerpo, posibilidad de una somatización de la enfermedad mental, con lo cual la psiquiatría pudo convertirse en la ciencia y la técnica de los anormales, de los individuos anormales y las conductas anormales (Foucault, 2001, pp.155-156).

Así pues, el papel de la idea del instinto (pulsión) como movilizador inconsciente (irracional) de la conducta sirvió como fundamento tanto para una semiología ampliada como para la expansión de la función psiquiátrica, en tanto serían las experiencias vitales, sociales, las que desviarían la

naturaleza adaptativa del instinto y conllevarían a la producción de trastornos a partir de respuestas inadaptadas.

En opinión de Foucault, la psiquiatría, para poder existir como institución de saber, como saber médico fundado y justificable, tuvo que efectuar dos codificaciones simultáneas, por un lado la de codificar la locura como enfermedad (tuvo que patologizar los desórdenes, los errores, las ilusiones y fue preciso llevar a cabo análisis –síntomatología, nosografía, pronósticos, observaciones, historiales clínicos, etcétera– para hacerlo) que aproximaran lo más posible esa higiene pública al saber médico y, en consecuencia, permitieran el funcionamiento de ese sistema de protección en nombre de este saber. La segunda codificación implicó codificar la locura como peligro, hacerla aparecer como portadora de cierto número de peligros y, por ello, la psiquiatría, en la medida en que era el saber de la enfermedad mental, podía funcionar efectivamente como la higiene pública (2001, p.115).

Por estas transformaciones, la conducta involuntaria y automática, el instinto, se vuelve el núcleo de la psiquiatría, con esta nueva organización nuclear de la psiquiatría, hay una especie de gran aflojamiento epistemológico de esta disciplina, que va a realizarse en dos direcciones. Por un lado, apertura de un nuevo campo sintomatológico: la psiquiatría va a poder sintomatologizar o destacar como síntoma de enfermedad todo un conjunto de fenómenos que hasta entonces no tenían status en el orden de la enfermedad mental (Foucault, 2001, p.152) Si bien el análisis de Foucault persigue identificar el papel que el “instinto” tuvo en la psiquiatría en general, el papel del instinto como aspecto irracional de la conducta tanto de normales como de anormales sólo fue relevante para la psiquiatría de corte psicodinámico, pues es en esta tradición en donde se concibe que tales aspectos irracionales que orientan el comportamiento tienen un origen no observable y que no procede de las anomalías corporales.

La idea de instinto, y la consecuente noción de morbilidad –como comportamientos, ideas y emociones “inadaptadas”– en el funcionamiento cotidiano, permitió que se introdujeran bajo las categorías de la anormalidad cualesquiera actitudes y conductas que se presenten como indeseables, para el individuo mismo o su familia, pese a que no cumplan con criterios orgánicos de psicosis o demencia; es decir, se amplió el espectro de clasificación de lo anormal a partir de nociones funcionales, en el nivel social, antes que fisiológicas. Esta reformulación supuso, en

consecuencia, la ampliación de la semiología de los trastornos mentales (la psicopatología descriptiva) y de los ámbitos de intervención clínica para la psicología y la psiquiatría de corte psicodinámico. Ello se verifica en los criterios de “riesgo” e “inaceptabilidad social” propuestos por Halgin & Krauss (2004). De acuerdo con Foucault, en lo sucesivo,

[...] lo que va a permitir que un elemento de conducta, una forma de conducta figure como síntoma de una enfermedad posible va a ser, por una parte, la distancia que esa conducta representa con respecto a las reglas de orden y conformidad, definidas contra un fondo de regularidad administrativa, contra un fondo de obligaciones familiares o, por fin, contra un fondo de normatividad política y social. Así pues, esas distancias son las que van a definir una conducta como síntoma potencial de enfermedad. Por otra parte, también importará la manera en que esas distancias se sitúen en el eje de lo voluntario y lo involuntario [...] En síntesis, el conjunto de las conductas puede examinarse como irregular sin que, para patologizarlas, haya que referirse a una alienación del pensamiento, toda vez que basta situarlas en el eje de lo voluntario y lo involuntario; ya no es necesaria la demencia o el delirio, todo el ámbito de las conductas posibles puede ser dominio de valoraciones sintomatológicas, en las conductas del hombre no hay nada que, de una u otra manera, no pueda examinarse psiquiátricamente gracias a esa supresión del privilegio de la locura. (Foucault, 2001, pp. 152-153)

Finalmente, como indica Foucault (1987) la sociedad ha aislado al enfermo, lo ha descrito y excluido, pero no se reconoce en la enfermedad, lo cual significa que la propia sociedad niega su responsabilidad en el desarrollo que contradicciones que explotan al interior del individuo, que se aliena como síntoma también de esas mismas contradicciones sociales; quizás la sugerencia de Foucault se enfoca al hecho de que la sociedad debería reconocer en la enfermedad los síntomas de sus propias contradicciones.

Así pues, la Psicopatología Descriptiva decimonónica se nutrió tanto de las teorías psicológicas como de la filosofía, las prácticas clínicas de la psiquiatría y la psicología y los métodos experimentales médicos y psicológicos. Pese a las pretensiones de objetividad, mantuvo sin embargo algunos supuestos no fundados científicamente que, *a posteriori*, serían considerados como científicamente plausibles, pero sólo después de haber pasado estos conocimientos sociales por una suerte de validación científica o filosófica, estos supuestos de origen moral se configuraron como *supuestos no problemáticos* de la tradición de investigación.

Estos supuestos son, en primer lugar, que la razón es una facultad humana, la falta de razón y la medida en que se considere que está presente o no, se considera como una desviación de la naturaleza y, por tanto, como un problema que se vuelve área de análisis para la psicopatología.

Un segundo supuesto es que el comportamiento diferente a lo que se considera como normal puede ser objetivado y medido de manera independiente a las normas morales; debe haber una explicación a la presencia de las conductas que socialmente son consideradas como aberrantes, los actos criminales y prácticas sexuales, aunque socialmente definidos, son explicados a partir de condiciones personales, biográficas y/o biológicas.

Un tercer supuesto radica en la creencia de que los seres humanos tienen una serie de facultades mentales, y más todavía, que la ausencia de alguna de ellas es un problema (aunque pueda parecer evidente, no existe prueba científica de esto sea así, en el sentido de que es difícil determinar si es problema la carencia de una facultad o que la sociedad de pertenencia y los grupos de referencia lo definan como problemático).

Con este supuesto, además, se presenta otro, el del “funcionamiento óptimo” o “promedio” (Halgin & Krauss, 2004) que constituye un criterio de evaluación de la anormalidad; empero, el problema de este criterio es que se adjudica a un problema individual cuando, a todas luces, es una noción relacional, en tanto “promedio” implica relación a un grupo de referencia como medida de la media, y si esta media se basa en encuestas o estudios (en poblaciones psiquiátricas), la norma de estandarización sería (como en cualquier estadística) de corte arbitrario.

Un cuarto supuesto, también instaurado en un criterio de anormalidad, es el de riesgo (Halgin & Krauss, 2004), pues lo que es riesgo, como amenaza o peligro latente es una definición social, que atraviesa por fases sociales de selección, definición y cálculo. Hablar de riesgo para la integridad emocional o psicológica de sí mismo o terceras personas, supone un criterio de relaciones a valor, por cuanto integridad es socialmente definida a partir de valores, por un lado, y porque supone la anticipación imaginada (como cálculo) de la posibilidad de actuar de forma peligrosa *en el futuro*; si bien la idea de integridad física puede ser más fácil de consensuar, también los es con base en valores. Adicionalmente, definir a una persona como “anormal” por algo que existe como posibilidad futura es, a todas luces, un ejercicio prospectivo que no puede ser validado empíricamente.

Finalmente, el criterio de “anormalidad” como desviación de la norma, conlleva a un problema valorativo que realza el carácter cultural de la definición social, tanto de lo normal como de la

enfermedad (y la salud), pues definir a una persona como “anormal” porque su comportamiento no es el culturalmente esperado (Halgin & Krauss, 2004).

Este criterio implica sustancializar a las personas en función de criterios culturales, lo cual es una forma de control, discursivo y en ocasiones fáctico, a partir de la moral grupal; si afecta o incomoda a terceras personas, o no satisface la expectativa social de comportamiento, pensamiento y/o emoción, la persona se convierte en anormal, y busca explicarse su “desviación” de acuerdo a criterios “objetivos” como un problema en el funcionamiento individual cuando, en última instancia, se ignoran las expectativas sociales que son las que definen lo normal y esperado. Esto constituye un criterio normativo con fundamentos morales que, empero, impulsó el desarrollo de la psicopatología descriptiva a lo largo del siglo XIX, bajo la faz de un criterio científico, objetivo y fundado.

CONSOLIDACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA, EN SÍNTESIS

La psicopatología descriptiva, como se ha visto, no cuenta con una historia propia, sino que se desarrolló a partir de los debates entre las cuatro grandes tradiciones disciplinares en conflicto, cada una de las cuales, a su vez, tiene tradiciones teóricas propias, que explican de manera diferente tanto la conducta anormal como la normal, y las vertientes clínicas en psicología y psiquiatría cuentan con distintos modelos, cada una, para el tratamiento de los padecimientos que llevan a las personas en consulta, por lo que las tradiciones expuestas en este capítulo de ninguna manera presentan una historización exhaustiva de sus antecedentes históricos.

La separación entre la psiquiatría y la psicología ha supuesto la especialización de cada una de ellas, dando lugar a los divergentes intereses que han configurado la evolución histórica de la psicopatología. Las principales aportaciones a la psicopatología han provenido de la psiquiatría y la psicología, aunque es necesario considerar que mientras la psiquiatría se ha orientado hacia el tratamiento (psiquiatría en sí misma refiere la terapéutica de la psique) la psicología se ha ocupado de la búsqueda de teorías que expliquen la patología mental, siendo su campo de estudio no sólo la intervención sino el conjunto de elementos que constituyen la mente (Domènech, 1991); así, por cuanto la psicología busca explicar tanto el surgimiento de pensamientos o sentimientos

“inadaptados” o “disfuncionales” como de conductas de esta índole, por lo cual la psicopatología ha dependido en buena medida de las teorías psicológicas para sustentar la nosología (Berrios, 2011).

La psicopatología actual, aunque ha tenido una historia “accidentada” –en tanto no lineal, interrumpida y heterogénea en sus fundamentos teórico-epistemológicos–, está orientada hacia el humanismo (a partir de las reformas asilares pero sobre todo a partir de la inclusión de la salud mental en los Derechos Humanos, como se verá en el siguiente capítulo), el naturalismo (por cuanto concibe la dimensión biológica como parte constitutiva de la mente) y el empirismo científico (en la medida en que se apoya en el método experimental y la estadística, el estudio de caso mediante el método clínico y de grupos mediante el método epidemiológico). Conforme se ha desarrollado ha incorporado los saberes de las cuatro tradiciones disciplinares, y después de la segunda guerra mundial con la incorporación del modelo fenomenológico en algunos casos o el modelo cibernético, en otros, para la comprensión de los síntomas mentales en un esquema de *sentido*. A propósito de esto, Millon (1981) señala que

[...] nuestro conocimiento actual de la psicopatología ha llegado hasta nosotros a través de muchos y diversos caminos. Las orientaciones y teorías contrarias han supuesto un estímulo para una amplia gama de especulaciones e investigaciones. A través del tiempo, este conocimiento diverso y su transmisión han tomado la forma de cuatro disciplinas profesionales: la medicina psiquiátrica, interesada en los síndromes patológicos, las causas biológicas y los tratamientos somáticos; la psiquiatría psicodinámica, interesada en los conflictos intrapsíquicos inconscientes y en las primeras relaciones interpersonales; la psicología clínica y personalógica, dedicada a la estructura y medida de la personalidad; y la psicología académica y experimental, con un enfoque sobre los procesos básicos perceptivos y conductistas. Aunque estas orientaciones diversas de la psicopatología no han producido un conocimiento acumulativo, sus estudios nos han dado una amplia y fructífera directriz para el crecimiento futuro. (p.38)

Las principales tendencias y aportaciones que psiquiatría y psicología otorgaron a la psicopatología son, en primer lugar, la clasificación de las enfermedades mentales, que pese a las críticas que ha sufrido –desde la elaboración que hizo Kraepelin– y la insuficiencia para explicar las categorías que la componen no tiene un sistema que compita con ella (Berrios, 2011). En segundo lugar, la búsqueda de las causas biológicas que originan la psicopatología (aunque infructuosa todavía), impulsada por la tradición médica, es una de las principales vertientes, y se espera que, con los desarrollos recientes en las neurociencias, se identificarán los factores biológicos que puedan

existir como “causa médica” del padecimiento, consecuentemente se espera poder mejorar la somatoterapia para su tratamiento. En tercer lugar, las aportaciones de Freud sobre los impulsos instintivos, los procesos inconscientes y el desarrollo infantil establecieron las bases de la psiquiatría psicodinámica contemporánea, aunque ésta ha sido modificada, brindando mayor importancia a los procesos de aprendizaje infantil, a las experiencias interpersonales o a las influencias socioculturales (Millon, 1981, 2015).

El trabajo de la psicología clínica y personológica aportó la clasificación de los tipos y rasgos de personalidad, lo que ha dado lugar a las teorías holísticas que dan importancia a la integridad única de la personalidad y a la centralidad de una motivación, así como aportó instrumentos de evaluación para asistir en el diagnóstico de patologías psíquicas; los métodos psicométricos utilizados para la medición psicopatológica en las décadas de 1920 y 1930 con unas posibilidades interpretativas restringidas fueron sustituidos por los técnicas proyectivas, que debido a la naturaleza subjetiva y cualitativa de la interpretación de las técnicas proyectivas, llevaron a desarrollar nuevos procedimientos que suplieran las deficiencias sin perder la utilidad diagnóstica, entre los que destaca el MMPI (Millon, 1981). Por su parte, la psicología académica, aunque no se centra en el estudio de la conducta anormal, brindó principios que han sido útiles para describir y modificar la psicopatología, por ejemplo, los estudios sobre la percepción han demostrado los efectos distorsionantes de las actitudes y necesidades previas a la percepción, y el condicionamiento en la investigación del aprendizaje ha sido un concepto central de cómo se adquiere la conducta mal-adaptada (Millon, 1981, 2015).

Tabla 2 Aportaciones de las cuatro tradiciones a la Psicopatología Descriptiva

Tradición	Aportaciones
Psiquiatría Médica	<ul style="list-style-type: none"> - Método clínico - Causa biológica: Lesiones en el Sistema Nervioso, Problemas Orgánicos - Taxonomía y Clasificaciones de los Trastornos Mentales - Somatoterapias
Psiquiatría Psicodinámica	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensión Salud-Enfermedad como un continuo - Pulsión como diferente del instinto animal - Síntomas de origen psicológico
Psicología Clínica y Personológica	<ul style="list-style-type: none"> - Rasgos de la Personalidad - Tipos de Personalidad - Evaluación de síntomas psicológicos y de la personalidad mediante pruebas estandarizadas y no estandarizadas
Psicología Académica y Experimental	<ul style="list-style-type: none"> - Funciones mentales mayores (percepción, juicio, cognición, memoria, aprendizaje). - Síntomas de causa cognitiva - Condicionamiento y aprendizaje como causa de trastornos mentales

Así pues, las transformaciones en la dimensión externa social posibilitaron el desarrollo de las tradiciones de la psicopatología, al aportar condiciones materiales para el estudio clínico de las afecciones mentales (asilos mentales) y sistemas de ideas que servirían para el estudio de las mismas. La visión reformista⁴⁰ surgió en Francia, en el periodo liberal posterior a la Revolución francesa con una clara influencia de la filosofía de la Ilustración, los estudios médicos fisiológicos se llevaron a cabo sobre todo en Alemania y Austria, de la tradición neurológica.

El surgimiento de la Psicopatología Descriptiva, en su forma moderna y como lenguaje científico para la comprensión de los conflictos mentales, fue posibilitado por el sistema asilar surgido en los dos siglos anteriores, en la medida en que permitió a los encargados de los hospitales registrar observaciones de manera longitudinal y clasificar los problemas mentales como enfermedad, haciendo así posible la clasificación de distintos tipos de problemas individuales como enfermedades con un curso de desarrollo específico (Millon, 2015; Berrios, 2011).

⁴⁰ La propuesta por Pinel que propugnaba por el trato humanitario y médico de los internos.

Al mismo tiempo, el modelo asilar favoreció la asimetría en el poder en la relación médico-paciente, por lo que los institutos mentales favorecieron la “función extrateórica” (Hacking, 2001), esto es, normativa de la psiquiatría primero y de la psicología después, como señalan las críticas realizadas por Foucault, revisadas en este capítulo. La institucionalización de la enfermedad mental via el modelo asilar, supuso también la consolidación de los sistemas de clasificación y descripción de la anormalidad, proveyendo una función normativa a las disciplinas psi, poder del cual participan tanto la psiquiatría como la psicología, que realizan diagnósticos en diferentes ámbitos institucionales a partir de su expansión a las distintas organizaciones sociales desde el siglo XIX y a lo largo del siglo XX.

En el siglo XX la psiquiatría y la psicología europeas se enfrentaron al surgimiento de nuevas vertientes estadounidenses, las cuáles no sólo supusieron la consolidación del sistema de clasificación tradicional transformado por Meyer, así como de las teorías conductistas, que pese a su menor “tiempo de vida” con respecto a los trabajos europeos, se impusieron en el estudio de la psicopatología, coincidiendo históricamente con el surgimiento de Estados Unidos como potencia internacional.

El hecho de que no exista un objeto trans-histórico de enfermedad mental que permita rastrear, en cada época y de la misma manera, una misma serie de fenómenos (Berrios, 2011, Domènech, 1991), evidencia la manera en que la dimensión externa intelectual ha influido en el desarrollo de las descripciones de los síntomas mentales, pues, cada época ha sido dominada por creencias en torno a la salud y la enfermedad (Domènech, 1991; Millon, 1981, 2015; Luque & Villagrán, 2000; Berrios, 2011). Las tradiciones conceptuales acerca de la psicopatología tienen sus raíces en ideologías culturales, descubrimientos accidentales e innovaciones creativas (Millon, 2015).

También en la dimensión externa intelectual, el racionalismo y el positivismo de los siglos XVII y XVIII implicaron que se diera un fuerte énfasis en el estudio de las psicosis y las deficiencias cognitivas, como señalan Luque & Berrios (2011) los trastornos emocionales quedaron relegados, mientras en el siglo XIX el estudio de la psicopatología se enfocó a procesos de percepción y pensamiento, de donde surgieron descripciones y clasificaciones de síntomas de trastornos mentales vinculados con la razón.

En este sentido, muchas de las ideas vertidas en el trabajo médico de la psiquiatría, y por ende en las clasificaciones psicopatológicas, estaba sin embargo influido por la moral de la época; así como Galeno, en la antigüedad, presupuso que la *histeria* era causada por problemas de higiene, a finales del siglo XIX los modelos psicopatológicos buscaban explicar no sólo problemas como el delirio, sino también problemas vinculados con la criminalidad y “actividades sexuales perversas”⁴¹.

En cuanto a la dimensión interna social, la psiquiatría, a partir del desarrollo de la clínica mental, se consolidó como disciplina en el siglo XIX, los primeros artículos psiquiátricos fueron publicados a partir de la fundación de la primera revista psiquiátrica en 1908 por parte de Johann Reil, y el avance en la anatomía cerebral favoreció la orientación a clasificar las enfermedades mentales según un modelo médico que buscaba su etiología orgánica (Millon, 2015).

Asimismo, es relevante el que los psiquiatras y psicólogos más influyentes, tanto dentro de sus disciplinas como para la psicopatología, fueron personas que se encontraban en una posición de autoridad y prestigio dentro de su campo de investigación; por ejemplo, los dos médicos más influyentes en la psiquiatría y psicopatología en los siglos XIX y XX, Kraepelin y Freud, estaban respaldados por el prestigio y autoridad de sus mentores, Wundt para el caso de Kraepelin, y Breuer para el caso de Freud.

En la dimensión interna intelectual, desde comienzos del siglo XIX la tarea manifiesta de la psicopatología descriptiva ha sido la identificación de clases de actos mentales anormales (Berrios, 2011), basada en la suposición de que las experiencias vitales subjetivas pueden ser objetivadas y comprendidas (Millon, 2015), como lo ejemplifica la sustitución del término pasiones, asociado con el alma, por el de emociones que se vincula con el cuerpo (López & Velasco, 2016).

Desde su creación, en Francia –alrededor de 1820–, pasando por su desarrollo en Inglaterra y Alemania posteriormente, y hasta que se completó poco antes de la Primera Guerra Mundial, empezaron a enlistarse síntomas como unidades de análisis independientes, como categorías diagnósticas, y no ha cambiado sustantivamente desde entonces (Berrios, 2011). Como se vio

⁴¹ Aunque pudiera parecer que ese tipo de clasificaciones han quedado rebasadas, basta con revisar las hoy denominadas “parafilias” para encontrar que estas ideas morales de la psicopatología fundacional, aunque modificadas, han influido en las descripciones psicopatológicas del siglo XX.

arriba, las clasificaciones provistas por Kraepelin siguen siendo empleadas actualmente, con actualizaciones sucesivas durante el último siglo.

De esta manera, fue en el siglo XIX que la PD se consolidó como el estudio de la “anormalidad”, y adoptó como unidad de análisis el síntoma mental, aunque, como se señaló antes, al definir lo normal y lo anormal se alude a aquello considerado como la pauta común al resto de grupo o sociedad, en un momento histórico determinado.

A lo largo del siglo XX, las cuatro tradiciones de la Psicopatología Descriptiva se vieron influidas por distintas transformaciones en las dimensiones externas y, si se considera que los híbridos pueden generar nuevos híbridos (Dogan & Pahre, 1993), puede decirse que la Psicopatología Descriptiva contemporánea, posterior a 1945, ha resultado de la hibridación de sus primeras tradiciones con otras, por lo que sus modelos se han diversificado, de modo que las tradiciones médica, psicodinámica, de psicología clínica y académica, contienen modelos híbridos de segunda e incluso tercera generación, como se verá en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 3: DESARROLLO DE LA PSICOPATOLOGÍA EN EL SIGLO XX

Un problema relacionado con la psicopatología contemporánea es que la mayoría de quienes se dedican a la historización de la anormalidad, de la psiquiatría y de la psicología se centran en su desarrollo hasta el siglo XIX o principios del siglo XX, por lo que la información puntual sobre cómo se institucionalizaron y modificaron durante el periodo de 1900-1950 es escasa y poco sistemática, en el sentido de que se encuentra dispersa por temas (por ejemplo, cognición y percepción, o por la historia de algún trastorno específico).

Mientras en la antigüedad y durante la época medieval la demonología y las explicaciones sobrenaturales (concepción mágica) fueron predominantes, a partir del siglo XVIII, gracias al desarrollo de las ciencias modernas, las posiciones en pugna fueron aquellas que veían la anormalidad como algo susceptible de estudio sistemática, una buscaba las causas de las enfermedades de la mente en el cuerpo (postura orgánica), mientras la otra las buscaba en la consciencia (psicogénica). La postura organicista, dio origen a la tradición de la psiquiatría médica para el estudio de la psicopatología, y la postura psicogénica dio paso a las tradiciones de la psiquiatría psicodinámica, de la psicología académica y experimental y por último a la de la psicología clínica y de la personalidad a principios del siglo XX.

Las cuatro tradiciones, durante los primeros años del siglo XX se elaboraron como parte de programas académicos dentro de los campos de la psicología y la psiquiatría, en el marco de la consolidación de estas dos disciplinas en el ámbito académico, bajo la guía de un autor o grupos de autores dedicados a la investigación de la psicopatología (Berrios, 2007), aunque en la medida en que ambas disciplinas se institucionalizaron, la diáspora creada por estos autores comenzó a diseminarse en los programas universitarios, dando pie a la diversificación de las cuatro tradiciones.

La psiquiatría y la psicología, que comenzaron sus procesos de institucionalización en el siglo XIX, se consolidaron como ciencias en el siglo XX, con la creación de carreras universitarias y especializaciones, en el caso de la psicología, independientes de las carreras y facultades de filosofía, así como a través de la creación de institutos y asociaciones. Sin embargo, el estudio de la Psicopatología no se institucionalizó como una carrera formal en las universidades, sino que

adoptó la forma de asignatura, área de investigación o de especialidad dentro de las carreras universitarias de psicología y psiquiatría, quedando con ello como una tradición de investigación dentro de las dos disciplinas, particularmente asociada a la psiquiatría, en la medida en que esta disciplina se ocupa exclusivamente del estudio de la psicopatología, mientras la psicología se ocupa también del estudio de la conducta normal.

La diversificación de los institutos de psicología, psiquiatría y clínicas implicó la expansión de programas de formación e investigación ocupados del análisis de la anormalidad (y de la normalidad también, en el caso de la psicología), por lo que surgieron múltiples teorías específicas para explicar las causas de los distintos trastornos clasificados, y hasta la década de 1960, las clasificaciones eran múltiples y regionales. Por ello, hacia finales del siglo XX, los distintos autores de textos sobre psicopatología comenzaron a hablar de “modelos” antes que teorías específicas para explicar los síntomas de la mente, que desde finales del siglo XIX se conciben como la unidad de análisis de la Psicopatología Descriptiva (Berrios, 2007).

Mientras en la década de 1980 Millon (1981) hablaba de la existencia de tres modelos de psicopatología (orgánico, fenomenológico e intrapsíquico), autores como Jarne y colaboradores (2006) y Ortiz-Tallo (2013), conciben que lo que caracteriza a la psicopatología contemporánea es la multiplicidad de modelos de trastornos mentales.

Ahora bien, aunque los autores de textos de psicopatología muestran un consenso acerca de esta multiplicidad de modelos y acerca de cuáles son, no explican por qué se habla de modelos y no de teorías. En este aspecto, es posible señalar que mientras la teoría se ocupa de dar una explicación sobre el objeto de estudio, se considera que el modelo es una representación del objeto, basado en los supuestos que la teoría habrá de explicar, es una fórmula de solución.

Así, independientemente de las teorías específicas para los trastornos particulares, las formas de abordar los síntomas de la mente son representadas de acuerdo con modelos que, derivados de cada una de las tradiciones de investigación en psicopatología que proveen una explicación sobre la etiología de los trastornos mentales, tienen una forma de representar el origen de los síntomas mentales y cómo habrían de ser abordados. En el capítulo 4 se mostrará cómo los modelos devienen de las cuatro tradiciones presentadas en el capítulo 2.

Adicionalmente, pese a las divergencias que presentan los distintos modelos, a partir de la década de 1980, con la institucionalización de las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales, las teorías específicas de las cuatro tradiciones y sus modelos, adoptaron un lenguaje homogéneo para hablar de los síntomas mentales y los trastornos que configuran, consolidando así, en tanto “comunidad de usuarios” (Laudan, 1977), el lenguaje de la Psicopatología Descriptiva y las clasificaciones de los trastornos mentales.

El objetivo de este capítulo es abordar el desarrollo histórico de las dimensiones de la Psicopatología Descriptiva del siglo XX, con énfasis en la dimensión interna, social e intelectual, que culminó con la institucionalización de las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales, volviendo a la Psicopatología Descriptiva un lenguaje institucionalizado para el abordaje de la anormalidad. Debido a que las categorías provistas por las clasificaciones psiquiátricas de finales del siglo XX se volvieron *el referente* para la comunicación científica de las distintas tradiciones de la psicopatología científica, el capítulo se centra también en el desarrollo de las clasificaciones internacionales de trastornos mentales y en la institucionalización de la psiquiatría estadounidense que las impulsó.

INSTITUCIONALIZACIÓN Y DIVERSIFICACIÓN EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

Como se vio en el capítulo anterior, a principios del siglo XX surgieron tres tradiciones que abordarían la psicopatología de manera distinta que la psiquiatría médica: la tradición psicodinámica; la tradición de psicología clínica y personológica, y la tradición de la psicología académica-experimental. El desarrollo de estas cuatro tradiciones de estudio y tratamiento de la psicopatología se llevó a cabo en un contexto de institucionalización de las disciplinas de que forman parte, es decir, la psiquiatría y la psicología.

En cuanto a la dimensión interna social, los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX fueron de suma importancia para la institucionalización de las disciplinas *psi* y de la PD. En Alemania las clínicas y cátedras psiquiátricas emergieron en la década de 1870, teniendo como precursores los asilos y los hospitales universitarios de enfermedades neurológicas; mientras la neurología se ocupaba de enfermedades del sistema nervioso, la psiquiatría se ocupaba de estados

mentales anormales como la psicosis, la demencia y el delirio, por lo que se mantuvieron separadas, aunque a menudo se unían en las clínicas de investigación de las patologías (Lamb, 2014).

Francia e Inglaterra habían realizado reformas al sistema de asilos a lo largo del siglo XIX; las clínicas mentales funcionaban también como centros de formación de psiquiatras y psicólogos. En las universidades alemanas, francesas e inglesas, la psicología comenzó a desarrollarse como disciplina científica hacia fines del siglo XIX, gracias al trabajo de Brentano y Wundt y a principios del siglo XX gracias al trabajo de Galton, Cattell y Binet, quienes mediante el desarrollo de la psicología diferencial permitieron establecer criterios de medición de las facultades mentales e intelectivas que, según el enfoque positivista de la época, hacían susceptible de estudio empírico la psique humana (Gondra, 1998).

En Estados Unidos de América, los hospitales mentales no habían sufrido la transformación que se llevó a cabo en Europa en el siglo XIX, de incluir la investigación como programa; la mayoría de los asilos mentales eran institutos estatales para “lunáticos” que, más que orientarse al tratamiento e investigación, fungían como organismos burocráticos que separaban a las personas con trastornos del resto de la población (Lamb, 2014).

Los asilos mentales fueron creados en Estados Unidos de América en el periodo de la Guerra Civil (“de Secesión”), entre 1861 y 1865. En esa época, los alienistas (los psiquiatras encargados de los asilos) practicaban el tratamiento moral, pensando que las personas se encontrarían mejor lejos de sus entornos nocivos (Decker, 2013), aunque como denunciaron los estudios históricos estos tratamientos eran ineficaces.

Los alienistas no eran expertos en diagnóstico y tratamiento sino administradores; en ese periodo los asilos mentales eran considerados como centros de reclusión, y sus directores formaban parte de la Asociación de Médicos Supervisores de las Instituciones para Enfermos Mentales de América, fundada en 1844. En 1892 dicha asociación cambió su nombre por el de Asociación Médica-Psicológica Americana, y finalmente en 1921 adoptó el nombre de Asociación Psiquiátrica Americana (*American Psychiatric Association*, APA); la psiquiatría estadounidense se institucionalizó como producto de estas transformaciones (Lamb, 2014).

Una de las figuras más influyentes en esta transformación, y de la psiquiatría estadounidense en general, fue A. Meyer, quien además es considerado como uno de los más influyentes autores en la psiquiatría contemporánea y de los enfoques psicobiológicos tanto de la normalidad como de la anormalidad. De acuerdo con Lamb (2014), Adolf Meyer fue una de las figuras principales en la institucionalización de la psiquiatría estadounidense, pues desde 1892 hasta 1917 orientó su trabajo a la institucionalización de la psiquiatría como disciplina clínica no sólo orientada al internamiento sino también a la investigación. Meyer se formó como médico en la Universidad de Zúrich, migró a Estados Unidos de América en 1892, en donde ocupó un lugar preponderante gracias a que le fue otorgada la posición de jefe de psiquiatría en la primera clínica psiquiátrica universitaria del país, la clínica psiquiátrica “Henry Phipps” de la Universidad Johns Hopkins, la cual fue fundada en 1913.

En lo referente a la dimensión interna intelectual, gracias a su posición en el campo (dimensión interna social) Meyer fue quien introdujo la clasificación de Kraepelin en los Estados Unidos de América, la cual se volvió la clasificación más importante para los manuales estadounidenses posteriores a la guerra (Lamb, 2014, Decker, 2013). Pero no sólo en la psiquiatría estadounidense fue influyente el modelo kraepeliniano, antes bien, éste se había difundido por Europa, en donde los modelos más prestigiados eran los de la psiquiatría germana y suiza (Castilla, 2007).

La psiquiatría estadounidense fue influida por la europea durante el siglo XIX, pero en el XX el modelo universitario permitió el desarrollo de nuevos modelos de investigación e intervención gracias al fortalecimiento de los análisis estadísticos y de las clínicas. El periodo entre guerras, particularmente la década de 1920, favoreció el surgimiento de nuevos enfoques para la intervención clínica por parte de la psicología, especialmente gracias a su institucionalización en las universidades y a la participación de los psicólogos de la anormalidad y de las corrientes experimentales en las clínicas universitarias para enfermos mentales (Decker, 2013). En esta década, el conductismo, perteneciente a la tradición de la psicología académica-experimental, adquirió visibilidad y se posicionó como un modelo de intervención en el ámbito clínico.

Fue en el periodo comprendido entre 1920 y 1945 en que el psicoanálisis comenzó a difundirse en Estados Unidos y Europa y a adquirir hegemonía para la intervención clínica en “pacientes mentales” en la psiquiatría americana (Decker, 2013; Lamb, 2014). La psiquiatría en el mundo

occidental se hallaba dividida entre sus dos tradiciones psicopatológicas, la médica principalmente de veta kraepeliniana y la psicodinámica.

Una corriente que surgió en la psiquiatría fue la psiquiatría fenomenológica propuesta por K. Jaspers entre 1920 y 1937 (momento en que fue destituido de su cátedra debido al ascenso del nazismo). Jaspers propuso la utilización de la historia clínica de los pacientes enfocándose en la experiencia de los mismos acerca de sus síntomas, a fin de atender los síntomas por el contenido y la forma en que éstos eran subjetivamente experimentados, en lugar de enfocarse en la forma del síntoma como generalidad. Aunque esta propuesta era novedosa, no fue ampliamente atendida hasta después de la Segunda Guerra Mundial, en que diversos autores se acercaron a este enfoque.

Cabe destacar que, de acuerdo con Berrios (2007), el enfoque fenomenológico de Jaspers no debe confundirse con la fenomenología de Husserl, puesto que éste último ignoró el trabajo de Jaspers y porque el término de “fenomenología” tiene muchas acepciones en la lengua inglesa, no necesariamente vinculadas a la filosofía. El enfoque “fenomenológico” de Jaspers, quien era también filósofo, se halla más vinculado con la distinción kantiana entre forma y contenido; el objetivo era hacer *ateorética* la psicopatología, aunque su intento fracasó porque los lenguajes de primer orden –como la psicopatología descriptiva– son forzosamente teoréticos⁴² (Berrios, 2007, p.3).

Para Decker (2013, p.3) hasta la década de 1930 la psiquiatría americana estuvo dominada por los psiquiatras de los internados (alienistas) que basaban sus métodos en la categorización, la descripción y el diagnóstico, porque poco se sabía de la etiología de los trastornos mentales severos y los tratamientos eran muy limitados. Sin embargo, tras la Primera Guerra Mundial se alentó la idea de que los civiles con problemas mentales estarían mejor si eran tratados dentro de su comunidad que alejados de ella en hospitales remotos; Meyer concordaba con esta idea, y creía que los problemas sociales debían ser contextualizados y comprendidos para ayudar a las personas con problemas mentales.

En este periodo hubo hallazgos importantes que en épocas posteriores afectarían los modelos de intervención, gracias al desarrollo de la psicofarmacología. En 1903, E. Fiches y J. Von Mering,

⁴² Este problema se ha discutido a propósito de las clasificaciones contemporáneas, como se verá más adelante.

descubrieron los efectos sedantes de los barbitúricos y plantearon su uso para el tratamiento de las enfermedades mentales; en 1927, el choque hipoglucémico con insulina fue utilizado por Manfred Sakel, pero el surgimiento de la psicofarmacología se reconoce hasta cuatro años más tarde, en 1931, cuando L. Lewin publicó el texto *Phantastica: Narcotic and Stimulating Drugs: Their Use and Abuse* (Gondra, 1998).

Dentro de la dimensión externa intelectual, en la década de 1940 L. Bertalanffy dio a conocer su Teoría General de Sistemas, que propuso una perspectiva epistémica diferente, por cuanto consideraba que la unidad de análisis para la observación científica habrían de ser las interrelaciones entre organismos interdependientes en un sistema caracterizado por la interdependencia de sus componentes (Hoffmann, 2012). Por su parte, la cibernética propuso el estudio de la comunicación tanto en sistemas mecánicos como en sistemas vivos, según un conjunto de normas para el análisis de la comunicación (Hoffmann, 2012).

Derivado de la visión sistémica, surgieron teorías sobre el funcionamiento normal de la mente y de las relaciones interpersonales; con respecto a la mente, se adoptó la teoría computacional de la mente para explicar las funciones y procesos mentales, y con respecto a las relaciones interpersonales se adoptó una perspectiva según la cual los individuos forman parte de sistemas y las disfunciones individuales son resultado de problemas en el sistema al que pertenecen. La teoría computacional de la mente fue adoptada por la tradición de la psicología académica-experimental en su vertiente académica, dentro del modelo cognitivo, y el modelo sistémico de la patología fue adoptado por algunos psiquiatras dentro de la tradición médica y dentro de la tradición psicodinámica, que produjeron modelos híbridos dentro de su tradición, o bien, se separaron de la tradición de la psicopatología para adoptar una nueva, de la patología sistémica⁴³.

Entre 1920 y 1950, se difundieron las ideas de dos autores que influyeron en la forma de concebir tanto el aprendizaje como el desarrollo “normal”, J. Piaget y L. Vygotski. Piaget propuso un modelo psicogenético de aprendizaje según el cual las personas tienen una predisposición para el aprendizaje y atraviesan por ciertas etapas de desarrollo durante las cuales aprenden cómo interpretar y comprender el mundo circundante. Por su parte, Vygotski propuso un modelo según

⁴³ El modelo sistémico desplaza la patología del individuo al sistema familiar, por lo que constituye una alternativa a la psicopatología, no una postura psicopatológica *per se*.

el cual el aprendizaje se presentaría a partir de las interacciones de los infantes con otras personas y su entorno, el cual denominó aprendizaje sociocultural (Gondra, 1998). Ambas posturas, influyeron en el desarrollo de modelos cognitivos para entender la psicopatología dentro de la tradición de la psicología académica y experimental, pues las ideas de Piaget y Vygotski fueron acopladas con la teoría computacional de la mente.

Por otro lado, en la década de 1940 la “teoría de la información” de Shannon y Weaver permitió concebir la información de manera independiente del contenido, atendiendo a la sintaxis y no a la semántica. A partir de esta noción integrada con las ideas cibernéticas de intencionalidad, se creó una visión según la cual la mente humana podía ser analizada según los principios experimentales, pero admitiendo como objeto de estudio procesos inobservables como intenciones, recuerdos y representaciones; este enfoque fue denominado como Procesamiento Humano de Información e integrado en lo que se denomina “Teoría Computacional de la Mente”. Este enfoque tuvo repercusiones importantes en el estudio de la psicopatología, pues los modelos cognitivos pasarían de considerar los problemas mentales como correlacionados con eventos orgánicos a concebirlos como errores en el procesamiento de la información sin que ello supusiera el abandono de los métodos experimentales (García, 2003).

Dentro de la dimensión interna intelectual, en el ámbito de la psicología, el conductismo (de la tradición de la psicología académica-experimental, en su veta experimental) se mantuvo en una posición hegemónica desde la década de 1920, gracias al trabajo realizado por Watson, bajo la supervisión de Meyer (Decker, 2013). Hasta la década de los sesenta, en que el cognitivismo (también de la tradición académica-experimental), realizó fuertes críticas al modelo conductual y, en compatibilidad con las visiones sistémicas, constructivistas y lingüísticas, refutó la posibilidad de estudiar la anormalidad humana como homóloga de la animal. Sin embargo, durante la década de 1940, mientras la tradición psicodinámica era hegemónica en la disciplina psiquiátrica, la tradición académica experimental era la dominante en la disciplina psicológica.

A partir del trabajo de Binet (revisado en el capítulo anterior), diversos investigadores del campo de la psicología diferencial se dieron a la tarea de trabajar el estudio cuantitativo de las facultades mentales, lo que resultó en el desarrollo de la psicometría, que es la medición de habilidades y funciones mentales. El estudio métrico de la inteligencia y la memoria fue dando lugar al estudio

de los síntomas psicopatológicos según las mismas normas de estudio de las funciones mentales, por lo que la tradición de la psicología académica-experimental, en su vertiente académica, cognitiva, se enfocó en el estudio cuantitativo de las facultades mentales para estudiar la psicopatología. En 1921 salió a la luz la prueba de Rorschach, basada en la teoría psicoanalítica, que perseguía evaluar la personalidad de las personas a partir de lo que veían en las láminas de la prueba; éste instrumento alcanzó popularidad en el ámbito forense y clínico para el diagnóstico de las personas, y dio paso al surgimiento de las denominadas pruebas proyectivas y grafoprojectivas (Anastasi & Urbina, 1998).

En los años cuarenta fueron creadas las pruebas de “apercepción temática” de H. Murray y el “test de la figura humana” de K. Machover, basadas en el modelo psicodinámico, las cuales se popularizaron para el estudio de la personalidad y los trastornos mentales y se erigieron como el antecedente de las múltiples pruebas que han surgido desde entonces para ese estudio (Anastasi & Urbina, 1998). Las pruebas proyectivas se asumieron como instrumentos de evaluación de los conflictos inconscientes por lo que se difundieron dentro de la tradición psicodinámica, mientras para la tradición de la psicología clínica y personalológica se asumieron además como instrumentos para la evaluación de la personalidad.

El surgimiento de las llamadas pruebas “psicológicas”, en oposición a las psicométricas que son cuantitativas, dio lugar a un incremento en el número de psicólogos ocupados del diagnóstico psicológico, pues en la medida en que se popularizaron estos instrumentos de análisis de la personalidad, se amplió la presencia de los psicólogos en los ámbitos clínicos de las instituciones mentales y paulatinamente a su intervención en el área clínica.

Además, la psicometría y las pruebas psicológicas supusieron una alternativa para el diagnóstico mental con respecto de la tradición médica, pues según estas pruebas no es necesaria la aparición de un correlato orgánico para el diagnóstico de un trastorno mental, por lo que sirvieron como fundamento –en tanto instrumentos de evaluación “científica”– para el diagnóstico por parte de psicólogos, quitando así el monopolio diagnóstico a la psiquiatría. La participación de los psicólogos en las clínicas de atención para los trastornos mentales y en la práctica privada incidió, como se verá más adelante, en las clasificaciones psicopatológicas contemporáneas, en la medida

en que las clasificaciones comenzaron a integrar trastornos carentes de correlatos orgánicos, asumidos como conflictos de etiología psicogénica.

Como señala Berrios (2007, p.3), al término de la Segunda Guerra Mundial el desarrollo de cuestionarios psiquiátricos y aparatos estadísticos y psicométricos crearon la ilusión de que la psicopatología descriptiva se estaba transformando en una ciencia, pero todo lo que hacían esos instrumentos era transformar arbitrariamente cualidades complejas en series de números (escalas nominales que comenzaron a ser tratadas como escalas “de *ratio*”) para crear puntos de corte que daban la apariencia de que las series de números podían ser tratadas como herramientas diagnósticas; aunque a la fecha existe poca investigación respecto de las características representacionales de estas series⁴⁴, aunque “las puntuaciones de los cuestionarios se han convertido en sucedáneos de los trastornos en sí y se correlacionan libremente con otras mediciones, marcadores biológicos, etc.”.

En la dimensión externa intelectual, mientras el campo de la psicometría y la evaluación psicológica se desarrollaron, hubo importantes avances en las tecnologías disponibles para el estudio del funcionamiento neurológico que, en dirección contraria a la psicología clínica y la psicometría, buscaba evaluar las funciones mentales sobre la base de las funciones neurológicas. Las nuevas tecnologías permitieron conocer mejor el funcionamiento del sistema nervioso central y periférico, de forma que no había sido posible en cualquier siglo anterior, por lo que aportaron importantes conclusiones al estudio del comportamiento y de la psicopatología.

El desarrollo de las nuevas tecnologías y técnicas de investigación neurológicas fue particularmente relevante para la tradición de la psiquiatría médica, en tanto permitía buscar los correlatos entre síntomas mentales y problemas orgánicos, y para la tradición de la psicología académica y experimental, por cuanto era posible observar las funciones neurológicas asociadas a las teorías del aprendizaje y en consecuencia, observar los correlatos entre las funciones cerebrales y la conducta.

⁴⁴ En el mejor de los casos, cuando se trata de escalas. En las pruebas proyectivas y grafoprojectivas hay mucho menor posibilidad de revisar su capacidad representacional por cuanto son subjetivamente apreciadas por el evaluador, por lo que su confiabilidad y validez se hayan más respaldadas por la comunidad de usuarios con cierta orientación teórica (psicodinámica) que por la investigación.

Durante las décadas de 1920 y 1930, el debate entre el modelo iatrofísico y el modelo iatroquímico de la fisiología cerebral se vio zanjado con la aparición de nuevas tecnologías para la observación neuronal. Gracias a la investigación de neuropsicología y el registro de los potenciales eléctricos en el cerebro realizados por H. Berger, precursor de la electroencefalografía, se pudo observar que las sinapsis cerebrales tenían un componente químico y uno físico; mediante un complejo proceso bioquímico, las neuronas permiten la transmisión de voltajes eléctricos que, a su vez, afectan el funcionamiento bioquímico de las neuronas con las cuales están conectados; es decir, ambos modelos eran parcialmente ciertos. Gracias a estos hallazgos, pudo conocerse paulatinamente la fisiología de los procesos mentales, aunque no de manera acabada, pues como señalan Carlson (2014) y Rosenzweig (2003), hay aún múltiples elementos desconocidos acerca del funcionamiento del sistema nervioso (tanto central como periférico) con respecto a los procesos mentales y del comportamiento.

Empero, gracias a estos hallazgos favorecidos por las nuevas tecnologías⁴⁵ fue posible para la neuropatología comenzar a estudiar los correlatos entre alteraciones del comportamiento y lesiones cerebrales y cambios en la química del cerebro, de modo tal que, por ejemplo, fue posible conocer los cambios en los núcleos dopaminérgicos asociados con la depresión.

No obstante, Berrios (2007) advierte que

[d]esde el siglo XIX la psicopatología descriptiva ha supuesto que los síntomas mentales pueden estar ligados a comportamientos cerebrales. Esto se ha basado en una extrapolación del conocimiento perteneciente al estatus de las conexiones eléctricas permanentes de conceptos motores básicos y sensoriales, a síntomas (que son nociones abstractas). (p.3)

Por lo que el trabajo en el ámbito de las neurociencias, adoptado por el enfoque organicista de la psicopatología, dentro de la tradición de la psiquiatría médica y dentro de la tradición de la psicología académica-experimental, se trata de correlaciones sobre la base de la definición

⁴⁵ Como el microscopio electrónico, el Electroencefalógrafo –EEG– que registra la actividad bioeléctrica del cerebro, la Imagen por Resonancia Magnética –MRI– que crea imágenes del cerebro, la Tomografía por Emisión de positrones que permite observar las zonas de actividad cerebral, la Tomografía Axial Computarizada, TAG, que captura imágenes del cuerpo, y en el caso del cerebro permite observar vasos sanguíneos y tejidos blandos; y en últimos tiempos también, la Imagen por Resonancia Magnética Funcional (fMRI).

“operativa” del síntoma, aunque es un avance, no permite establecer una explicación etiológica (relaciones causales) sino sólo contigüidad o concomitancia; debe considerarse este matiz.

Al término de la Segunda Guerra Mundial hubo un optimismo en la psiquiatría con respecto al modelo y técnicas de intervención psicoanalíticas, cuyo enfoque (difundido por Menninger) suponía que la clasificación no era necesaria porque algunas formas de enfermedad mental estaban presentes en las personas la mayor parte del tiempo (Decker, 2013). A partir de la década de los cuarenta, el psicoanálisis y la tradición de la psiquiatría psicodinámica, que se habían difundido durante cuarenta años, alcanzaron una posición dominante por encima de la tradición de la psiquiatría médica.

Mientras el siglo XIX la psicopatología había favorecido la visión organicista de los trastornos mentales, durante los primeros cincuenta años del siglo XX fue la visión psicogénica la predominante. En este sentido, Meyer tuvo una vasta influencia en la psiquiatría norteamericana, aunque sus ideas fueron opacadas por el auge de la influencia del psicoanálisis durante y después de la Segunda Guerra Mundial, no fueron abandonadas, pues había ideas afines en el modelo psicoanalítico y el organicista meyeriano, especialmente en lo referido a la creencia en la adaptación desde un punto de vista influido por el evolucionismo y en la creencia de un continuo salud-enfermedad (Lamb, 2014, pp.2-4).

El cargo de jefe de psiquiatría fue ocupado por Meyer hasta 1941, por lo cual gozó de una posición privilegiada desde la cual influyó en la psiquiatría estadounidense, así como tuvo presencia en los medios impresos de su época. Asimismo, la materia de “psicobiología” impartida por Meyer en la Universidad Johns Hopkins durante cerca de 30 años tenía un carácter obligatorio para la formación en psiquiatría, de tal suerte que su tradición de investigación fue transmitida a muchas generaciones de estadounidenses estudiantes de psiquiatría. Gracias a ello, en la dimensión interna social, la diáspora formada por los alumnos de Meyer –como colegio invisible– ocupó posiciones importantes en el estudio de la psicología experimental, la psiquiatría, la neurología y el trabajo social, así como posiciones relevantes para el desarrollo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en 1952 (Lamb, 2014).

En el ámbito orgánico, el hallazgo de que ciertos fármacos tenían efectos “terapéuticos” en pacientes mentales, permitió crear todo un nuevo campo de investigación (y experimentación y venta, no hay que olvidarlo) en torno a la forma en que la química cerebral podía ser modificada mediante la administración de ciertas drogas y con ello también modificar la conducta y la percepción. Esto permitió concebir la psicofarmacología como una alternativa para tratar las psicopatologías dentro de las comunidades y prescindiendo del internamiento.

En la dimensión externa intelectual la farmacología, pese a los recientes hallazgos que mostraban podía tener utilidad, quedó relegada durante el periodo hegemónico de la tradición psicodinámica; sin embargo, a partir de 1950 comenzó a difundirse el empleo de tranquilizantes para el tratamiento de algunas enfermedades, así como el uso de drogas psicomiméticas o alucinógenos, tales como la mescalina y el ácido lisérgico dietilamida (LSD-25) en la psicoterapia. Con la aparición en 1952 de una teoría química de la esquizofrenia elaborada por H. Osmond y Smythies, la psicofarmacología halló sustento para ser empleada como tratamiento desde el punto de vista médico, pues aunque no se encontrara una lesión cerebral o un sustrato patológico en la estructura anatómica cerebral, se reconocía un fallo químico que afectaba la fisiología del sistema nervioso central (Gondra, 1998).

La investigación de la terapéutica biológica dio un impulso notable en 1952 cuando accidentalmente se descubrió que dos fármacos completamente distintos tenían efectos beneficiosos al conseguir tranquilizar a los enfermos ansiosos. En Francia, Delay y Deniker notificaron la eficacia de la clorpromacina, fármaco originalmente sintetizado para enfermos hipertensos y quirúrgicos. Casi simultáneamente, se encontró que otro medicamento, la resperina, un producto de la rauwolfia serpentina que había sido utilizada desde 1920 por los médicos indios, conseguía calmar a los pacientes hiperactivos y agitados. Rápidamente se extendió por el mundo psiquiátrico el interés por estos fármacos. Aunque dichas sustancias poseían efectos químicos innegables, el éxito inicial en el tratamiento de enfermos psicóticos se debía con mucho a la acción placebo. Los efectos beneficiosos genuinos de estas sustancias son estimular una nueva oleada de investigación bioquímica. Con ello se ha descifrado la acción de muchos de los nuevos fármacos, y, lo que es más importante, se ha intensificado verdaderamente la investigación de los trastornos bioquímicos naturales (Millon, 1981, p.19).

A finales de la década de los cuarenta, en Estados Unidos de América, las intervenciones grupales y las consejerías impulsadas por la “psicología humanista” dieron paso a modelos comunitarios de intervención. La difusión de la teoría de sistemas y la cibernética, en coyuntura con las intervenciones en centros comunitarios, permitieron el desarrollo de enfoques que pusieron en el centro de atención de las psicopatologías no ya al individuo, sino al sistema familiar como el responsable del desarrollo de síntomas mentales. Así surgieron las terapias familiares con orientación sistémica, cuyos principales representantes en la década de los cincuenta fueron el modelo estructural de S. Minuchin, el modelo estratégico de J. Haley, la terapia breve estratégica del *Mental Research Institute* (MRI) basado en las teorías de P. Watzlawick y hacia la década de los sesenta la Escuela de Milán de M. Selvini (Hoffmann, 2012).

Para finales de los años cincuenta, en Norteamérica y Europa la psicología se hallaba institucionalizada en universidades, y la psicometría se había difundido para la investigación clínica, forense y educativa⁴⁶. Con la institucionalización de la psicología en las universidades fue posible entonces el desarrollo de sus propios programas de investigación y laboratorios, lo que permitió la diversificación de modelos y escuelas de psicología, independientes a los programas filosóficos que la habían creado, y de la psiquiatría.

En el caso de Estados Unidos de América, los institutos relacionados con la salud mental se consolidaron en el ámbito internacional, mediante la creación de organismos cuyas clasificaciones y modelos de trabajo son utilizados a nivel mundial, como es el caso de las APAs (*American Psychiatric Association*, APA; *American Psychological Association*, APA, y *American Psychopathological Association*, APPA).

La repercusión a mediano plazo fue que la psicología anormal, dentro de la tradición de la psicología académica y experimental, propuso sus propias teorías etiológicas de los trastornos mentales y los psicólogos clínicos, primero en Estados Unidos de América, después en el resto del mundo, comenzaron a intervenir según modelos independientes de los propuestos por la tradición médica de la psiquiatría y a menudo distintos entre sí, separándose según su afinidad a la tradición

⁴⁶ Por ejemplo, en México la psicología se instituyó primero como Maestría en la Facultad de Filosofía de la Universidad Nacional Autónoma de México en 1939, y para 1974 fue reconocida como licenciatura en la UNAM, así como fue reconocido el doctorado, con lo que se institucionalizó la Facultad de Psicología en esa universidad. Fuente: <http://www.psicologia.unam.mx/semblanza/> Consultado en mayo de 2017.

académica y experimental de la psicología o a la tradición de la psiquiatría psicodinámica; más adelante, gracias a la mayor participación de psicólogos en clínicas comunitarias y a la diversificación de los instrumentos de evaluación psicológica, la tradición de la psicología clínica y de la personalidad se afianzó como alternativa a las tradiciones de la psiquiatría para la intervención, aunque las propuestas explicativas de la anormalidad en la disciplina psicológica continuaron proviniendo, principalmente, de la tradición de la psicología académica-experimental.

DIMENSIÓN EXTERNA SOCIAL

En lo referente a la dimensión externa social, después de la Segunda Guerra Mundial hubo una transición en la configuración del eje de poder, que dio el paso de la hegemonía británica a la estadounidense (Veiga, 2009), así como dio inicio una tendencia a la globalización, potenciada por el desarrollo de las comunicaciones y el surgimiento de instancias supranacionales.

En 1949, en el marco del Estado de Bienestar y la institucionalización de instancias supranacionales, el gobierno estadounidense creó el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés), con el objetivo inicial de apoyar la investigación de los problemas sociales que incidían en la salud mental, dejando relegada la investigación biológica (Decker, 2013). Mientras el enfoque psicodinámico era hegemónico y supuso el abandono masivo de los laboratorios experimentales (Decker, 2013), la tradición médica se mantuvo por algunos psiquiatras como el propio Meyer en Estados Unidos, J. Lange en Alemania, Delay y Baruck en Francia (Castilla, 2007) y especialmente en la escuela de Psiquiatría de Zúrich⁴⁷, iniciada por Forel (maestro de Meyer) y continuada por E. Bleuler en el siglo XX (Lamb, 2014).

⁴⁷ Actualmente esa universidad cuenta con un Departamento de Psicopatología, que proviene de la larga tradición de investigación médica europea, en que el trabajo clínico va acompañado de la investigación teórica dentro del ámbito universitario.

DIMENSIÓN INTERNA INTELECTUAL

Dentro de la dimensión interna de la tradición (social e intelectual), después de la Segunda Guerra Mundial la psiquiatría americana consideró necesaria la sistematización de un solo sistema de clasificación; en 1952 fue publicado el primer manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*), mientras a nivel internacional la clasificación de los trastornos mentales formó parte de la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948. Un aspecto relevante de estas clasificaciones es que los manuales y libros de texto de psicopatología (fundamentales para la formación de profesionales) están estandarizados con base en una o ambas clasificaciones, organizando la información de los trastornos tal como están planteados en las clasificaciones CIE y DSM.

La CIE es una clasificación publicada periódicamente por la OMS, que recoge las enfermedades registradas en sus países integrantes; se trata de un modelo epidemiológico (Jarne *et. al*, 2006, p.41). El quinto capítulo es el dedicado a los trastornos mentales. Aunque los antecedentes se remontan a 1898, la OMS se hizo cargo de la clasificación hasta después de la Segunda Guerra Mundial, en 1948 se realizó la sexta edición a cargo de la OMS, que incluyó por primera vez un capítulo dedicado a los trastornos mentales (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.45), y no fue hasta después de 1980 que se extendió su uso a nivel mundial. Los antecedentes históricos de la clasificación, además, están vinculados con el desarrollo de la epidemiología en el siglo XIX.

En la dimensión social (externa e interna) partir de 1950 hubo un viraje de los asilos a los centros de asistencia social y el tratamiento farmacológico, lo cual favoreció el intercambio de la psiquiatría con psicólogos y el trabajo social, y esto repercutió más adelante en el desarrollo de nuevos modelos de intervención, como la terapia sistémica y la intervención clínica de psicólogos en centros de servicios psicológicos, quitando así a la psiquiatría médica el monopolio de la intervención.

Entre tanto, en la dimensión interna intelectual, en cuanto a la discusión de los métodos, hasta finales de años sesenta había muchas clasificaciones, cada una con un área de influencia y frecuentemente eran incompatibles entre sí (Ortiz). En 1952, con el objetivo de homologar las

clasificaciones existentes dentro de Estados Unidos de América, apareció la primera edición del DSM, y en 1968 apareció la segunda edición del manual. De acuerdo con Keeley, Morton & Blashfield (2015, p.47) y Decker (2013) las primeras dos ediciones del Manual tenían una fuerte tendencia psicodinámica y una estructura narrativa (en prosa), y estaban influidas principalmente por el modelo psicoanalítico. En este sentido, las clasificaciones de la APA mostraban el posicionamiento de la tradición de la psiquiatría psicodinámica dentro de la institución más importante de la psiquiatría estadounidense.

Para la década de 1960, no sólo habían ingresado nuevos especialistas al campo de la salud mental, sino que además surgió un movimiento que pondría en entredicho la legitimidad de la psiquiatría como disciplina científica y como mecanismo de control mediante las instituciones mentales. De acuerdo con Decker (2013, p.7), para 1960 uno de cada 300 estadounidenses había sido confinado a una institución mental en contra de su voluntad alguna vez en la vida; los psiquiatras que trabajaban en asilos mentales eran mal vistos y se les condenaba por sus prácticas médicas sin sustento científico.

En la dimensión interna intelectual, durante la década de los sesenta, la visión sistémica y cibernética, llevó a autores como G. Bateson y P. Watzlawick a centrar su análisis en la comunicación humana según una perspectiva sistémica y cibernética, que resultaron de mucha influencia en el campo de la psicología y la psiquiatría, en la medida en que sus estudios empíricos pusieron en entredicho la existencia de la psicopatología como algo inherente a los individuos y a su biología, y la concibieron como un efecto que surgía de los sistemas familiares y sociales y de los problemas de la comunicación presentes en ellos. Particularmente en el caso de la esquizofrenia (el trastorno estelar de la psicopatología de la tradición médica⁴⁸), sus investigaciones mostraron una relación significativa entre las relaciones de los pacientes con el sistema familiar y las contradicciones en su forma de comunicación⁴⁹.

⁴⁸ En buena medida, la tradición médica se respaldó en la esquizofrenia y la demencia para enfatizar la necesidad de atender los trastornos mentales según el modelo médico, concebidos como “enfermedades” especialmente para estas dos categorías.

⁴⁹ Existe abundante bibliografía con respecto a la teoría del doble vínculo de Bateson y la teoría de la comunicación humana de Watzlawick en la que puede consultarse este análisis de la relación entre la comunicación y el desarrollo de trastornos psicóticos.

La postura cibernética de la comunicación permitió el desarrollo de perspectivas en la década de los sesenta que concebirían al “correlato biológico” como una predisposición y no como *causa eficiente* de los trastornos mentales, dando origen a híbridos dentro de la tradición de la psiquiatría psicodinámica y de la psicología clínica y personológica.

Por otra parte, en la dimensión interna intelectual, en el debate acerca de las teorías dominantes, en esa década comenzaron a alzarse voces contra el modelo psicodinámico en la psiquiatría, que se ubicaba como la posición dominante en términos de intervención dentro y fuera de los asilos mentales. En 1965, R. Grinker, fundador del departamento de psiquiatría en la Universidad de Chicago y de la revista *Archives of General Psychiatry* de la Asociación Americana de Medicina, señaló ante la APA que el avance del psicoanálisis había distanciado a la psiquiatría del avance de la ciencia del comportamiento y que los tratamientos de los trastornos mentales requerían establecer categorías diagnósticas; aunque este llamado fue ignorado por la mayoría. Desde la década de los cincuenta algunos psiquiatras de la tradición médica acusaron al psicoanálisis de ser una religión antes que una ciencia (Decker, 2013).

Dentro de la dimensión interna intelectual, en cuanto a las teorías, lo que quizá terminó por sacudir la hegemonía la tradición de la psiquiatría psicodinámica fue el surgimiento del movimiento denominado como “antipsiquiatría” en la dimensión externa intelectual. La antipsiquiatría tuvo coyuntura con la búsqueda de los psiquiatras sociales por atacar las condiciones sociales de pobreza, racismo (reconocieron el papel que estos problemas sociales y el rol de la familia tenían en el desarrollo de trastornos mentales) así como con los movimientos sociales por los derechos civiles (dimensión externa social), que la sociedad civil desplegó en la década de los sesenta (Decker, 2013).

Durante las décadas de 1960 y 1970, dentro del área de los métodos de la dimensión interna intelectual, se llevaron a cabo diferentes estudios que mostraron problemas de confiabilidad en el diagnóstico basado en las primeras dos ediciones del manual. Las críticas a las clasificaciones giraron en torno a tres tópicos: Primero, no había confiabilidad inter-jueces en los sistemas de clasificación, pues distintos profesionales hacían distintos diagnósticos sobre la misma persona y conjunto de síntomas; segundo, se cuestionó la validez de los modelos, especialmente a partir del desarrollo de modelos humanistas, se consideró que la perspectiva de la enfermedad mental era

especulativa, e incluso Thomas Szasz⁵⁰ señaló que la enfermedad mental era un mito; tercero, sociólogos y psicólogos criticaron el efecto de etiquetamiento y estigmatización de los comportamientos desviados, los diagnósticos psiquiátricos fueron considerados como profecías que se cumplen a sí mismas y como mecanismos políticos definidos y reforzados por factores sociales (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.47).

El movimiento antipsiquiatría fue llevado a cabo en la dimensión interna intelectual por parte de Laing y Szasz, pero especialmente en la dimensión externa intelectual, por parte de científicos sociales. Este movimiento clamó que los problemas psiquiátricos no eran médicos sino sociales, políticos y legales. En el marco de la lucha por los derechos civiles, la psiquiatría era vista como un mecanismo de control que favorecía el sistema opresivo. Para la psiquiatría, el movimiento antipsiquiatría no fue un asunto sencillo de manejar, y tuvo dos vetas que pueden ser consideradas de manera separada (Decker, 2013, p.10). Una línea de la antipsiquiatría atacó la distinción entre la enfermedad mental y la salud mental, querían que se abandonara el proceso de diagnóstico, tratamiento y pronóstico, rechazando el modelo médico y la intención de curar. La otra línea habría de concebirse como parte de la contracultura de los sesenta y setenta, que protestó contra la autoridad establecida, la guerra, y propugnó por los derechos civiles y el liberalismo.

La antipsiquiatría cuestionó el papel que la psiquiatría desempeñaba en el sostenimiento del estatus quo de las sociedades, y criticó la falta de reconocimiento de los problemas sociales que afectaban a la sociedad, así como la relación salud-enfermedad planteada por la psiquiatría. Como señalan Berrios (2008) y Skultans (1995), la crítica fue principalmente dirigida al modelo asilar, antes que al sistema de conocimiento de la psiquiatría; no obstante, a partir de la crítica anti psiquiátrica se favoreció el desarrollo de nuevos modelos de análisis de la psicopatología y de intervención clínica.

El movimiento anti psiquiátrico formó parte de un reclamo amplio por los derechos civiles en la década de los sesenta en Estados Unidos (dimensión externa-social), aunque continuó hasta la década de los setenta⁵¹. Algunos de sus principales representantes provenían de las ciencias sociales

⁵⁰ Psiquiatra conocido por formar parte del movimiento antipsiquiatría.

⁵¹ Por cierto, Foucault no se concebía como parte de este movimiento, por lo que no fue incluido en esta corriente crítica, si bien su análisis de poder psiquiátrico tiene similitudes con este movimiento.

y de la propia psiquiatría, por lo que a los reclamos civiles se sumaron las críticas desde el ámbito de la ciencia.

En el campo de la sociología, E. Goffman realizó el libro de *Internados*, publicado en 1961, en el cual describió su experiencia como observador en un centro clínico de internamiento estatal; este libro recibió mucha atención, pues ofrecía justificación a los legisladores para reducir el costo de manutención de los institutos mentales, en la medida en que criticó el confinamiento de personas que estarían mejor en centros de atención comunitaria (Decker, 2013). Goffman apuntó que la percepción intrapersonal de perder la cordura se basaba en estereotipos culturales y sociales acerca de los así-llamados síntomas, estados que eran derivados, además, de contingencias en la vida cotidiana que les hacían sufrir, por lo cual el diagnóstico psiquiátrico estaba determinado por circunstancias externas a las personas (Decker, 2013, p.11).

Asimismo, Goffman criticó ampliamente el modelo asilar porque consideraba que las instituciones mentales absorbían a las personas y las encerraban en un mundo dictado por normas arbitrarias de las autoridades, que sumían a los internos en un estado de segregación, y en las cuales, los encargados, resaltaban aspectos de la apariencia y los modales de los internos (conducta observable) según un esquema de valores que sólo era propio de la institución (Decker, 20103, p.12).

Aunado a ello, Goffman denunció que los hospitales mentales tenían agendas ocultas e intereses ajenos a sanar a las personas, que sus programas de entrenamiento afectaban el tratamiento de los pacientes y que establecían reglas para los pacientes que sólo favorecían al personal. Por ello, concluía que las personas estarían mejor fuera de los hospitales, tratados en su comunidad, a la cual veía como protectora (Decker, 2013, p.13).

Goffman creía que la prescripción farmacológica era una legítima función de la psiquiatría, pero no la psicoterapia, porque los psiquiatras omitían la perspectiva social. Como Szasz, Goffman consideraba que la historia clínica adecuaba la historia al diagnóstico, destacando aquellos aspectos que lo favorecían, y coincidía también en que los problemas sociales eran convertidos en problemas psicológicos individuales (Decker, 2013).

Por su parte, en el campo psiquiátrico T. Szasz, en el mismo año de publicación de *Internados* de Goffman, publicó *El mito de las enfermedades mentales*, en el cual, como psiquiatra y psicoanalista, denunció que la psiquiatría era una pseudo ciencia como la astrología y la alquimia. Negó que la psiquiatría se ocupara de las enfermedades mentales, porque la medicina se ocupa de procesos fisicoquímicos mientras los psiquiatras se ocupaban de estudios más próximos a la sociología y la semiótica, así como negó la utilidad de la psicoterapia en la medida en que esta no se formulaba en conjunto con el análisis sociológico (Decker, 2013, pp.14-15).

Para Szasz, la psiquiatría psicodinámica hacía pasar problemas morales y políticos como problemas personales, y en tanto los conflictos psíquicos eran de este orden, no podían ser curados con el modelo médico como asumían los psiquiatras biologicistas, pues los conflictos mentales debían ser considerados más como juegos relacionales que como problemas biológicos, así que no era posible hablar de tratamiento y cura; en resumen, los problemas de la vida podían ser equiparados con las enfermedades del cuerpo (Decker, 2013, p.15-17).

Por otra parte, Szasz estableció (como postura política) que las personas con problemas mentales no debían ser encerradas a menos que cometieran un crimen; sólo los criminales deberían ser encerrados, y habrían de estar en prisiones, no en centros hospitalarios. También en un sentido político, indicó que no se necesitaba ser médico para brindar atención psicoterapéutica, idea con la que comulgaron los psicólogos clínicos y trabajadores sociales que habían proliferado en la década anterior (Decker, 2013, p.16-17).

También en el campo de la sociología, T. Scheff criticó al modelo médico porque carecía de un conocimiento riguroso acerca de la causa, cura y síntomas de los trastornos mentales, catalogaba al *corpus* de conocimiento psiquiátrico como clínico e intuitivo, y como no susceptible de verificación mediante métodos científicos (Decker, 2013, p.17). Scheff propuso un “sistema social” de los problemas mentales basado en la teoría de la desviación, que suponía que los problemas mentales crónicos eran parte de una reacción a los roles sociales establecidos, y que las personas no presentaban propiamente síntomas sino exageraciones de estereotipos aprendidos culturalmente. Más adelante, con el desarrollo de la farmacología y el reposicionamiento de la tradición médica, Scheff reconoció que los problemas mentales debían ser considerados desde más de un solo punto de vista (Decker, 2013, pp.17-19).

El psiquiatra y psicoanalista R. Laing, aunque no se consideró inicialmente como parte del movimiento antipsiquiatría, desde el enfoque fenomenológico y existencial, insistió en ver a las personas mentalmente conflictuadas como personas con miedos, esperanzas y desesperanzas y no como organismos despersonalizados. Enfatizó el papel nocivo de las etiquetas psiquiátricas y criticó la falta de comprensión de los síntomas desde el modelo kraepeliniano, que los clasificaba sin entender la experiencia subjetiva que representaban los síntomas. En lo referente a las etiquetas, señaló que éstas eran un hecho social y por tanto eran un evento político, y que por ello el comportamiento denominado como “loco” podía no ser considerado como tal si se observaba en su contexto (Decker, 2013, pp.19-22). Así pues, el pensamiento de Laing concordaba con el desplegado por Goffman y Scheff en el ámbito sociológico y con las preocupaciones de Jaspers en torno a la clasificación.

Otro grupo circunscrito a la antipsiquiatría estuvo representado por los “psiquiatras radicales” (Decker, 2013), quienes buscaban un cambio fundamental en la sociedad estadounidense; criticaron que la psicoterapia tradicional había favorecido al estatus quo opresivo, imperialista, racista, sexista y consumista de la sociedad. Consideraban que la psiquiatría tradicional (dirigiéndose especialmente a la tradición psicodinámica y a la tradición médica) había perseguido el poder, el prestigio y el bienestar económico, y que mantenían a los pacientes en posiciones dependientes, subordinadas, manteniéndolos enfermos. A su vez, criticaron la mayoría de las terapias disponibles en ese momento, como la modificación del comportamiento, la terapia de *shock* (insulínica y electro-convulsiva) y el psicoanálisis tradicional (pp.22-23).

En este punto, es necesario destacar dos elementos. El primero es que la crítica en torno a la falta de criterios médicos para tratar los trastornos mentales como enfermedad, si bien estaba dirigida a los psiquiatras médicos y psicodinámicos, debe ser considerada como una crítica al modelo psicodinámico propiamente, pues la falta de bases para el tratamiento en buena medida se vio influida por el abandono de los laboratorios ante el auge del modelo psicoanalítico en la psiquiatría. El segundo punto, señalado por Decker (2013, p.24), es que exceptuando a Laing, los antipsiquiatras ignoraron la cuestión del sufrimiento humano, en palabras de Decker “la cruzada de los antipsiquiatras contra la idea de que la psiquiatría era parte de la medicina fue socavada por

su fallo en reconocer la miseria personal inducida por los síntomas del desorden mental”⁵². Este aspecto es de fundamental importancia pues el objetivo fundamental del desarrollo de la psicopatología científica fue ayudar a aliviar este sufrimiento.

Para Decker (2013) el movimiento antipsiquiatría fue parte de un espíritu de la época, en donde los movimientos estudiantiles, *hippie*, por los derechos civiles, en contra del racismo y la homofobia, perseguían la libertad individual. Por ello, gracias a esta coyuntura con la dimensión externa-social, la antipsiquiatría fue bien recibida en el ámbito social, y obtuvo apoyo por parte de los representantes políticos de izquierda y derecha. Las transformaciones sociales, las posturas políticas y las críticas a la psiquiatría, llevaron a esta disciplina a reformular algunos de sus conceptos y posiciones, además de que el desarrollo de la farmacología prometía sustituir los costosos tratamientos hospitalarios para el erario, lo cual era bien visto por la burocracia estatal. La crisis que la psiquiatría atravesó se reflejó en el descenso drástico de la población interna, aunque algunos lo adjudican a la farmacología, una explicación adicional puede ser la necesidad de responder al llamado de la intervención comunitaria realizado por Goffman, y otra posible explicación es que los administradores estatales apoyaron esta postura porque querían invertir menos dinero en el mantenimiento de los hospitales estatales⁵³.

Entre 1960 y 1980, en la dimensión interna social, inició una orientación dirigida hacia las clínicas dispensariales creadas para prevenir enfermedades y hacia los centros para enfermos internados de base comunitaria donde el tratamiento se realiza en lugares próximos a la vida ordinaria (Millon, 1981, pp.38-39). Psicólogos y trabajadores sociales comenzaron a intervenir en centros comunitarios (Decker, 2013), por lo que cuando en 1970 se desplazó la atención del sistema asilar al comunitario, promovido por senadores influidos por el movimiento antipsiquiatría de los años

⁵² Traducción propia.

⁵³ Adicionalmente , el costo de las instituciones mentales para los gobiernos estatales era mucho más elevado que el tratamiento en centros comunitarios. En 1963, el presidente Kennedy dijo ante el congreso de Estados Unidos de América que los nuevos tratamientos farmacológicos posibilitaban que la mayoría de los enfermos mentales fueran tratados en sus propias comunidades y devueltos a un lugar útil en la sociedad, y que mostraban la obsolescencia del confinamiento (Decker, 2013, p.7). Estos cambios en la dimensión externa social (transformaciones de las reglas de operación de las clínicas mentales y los hospitales e intervención comunitaria) impactaron en la organización de la dimensión interna social, retirando el control de los enfermos mentales a los psiquiatras-administradores.

sesenta (y por el interés de ahorrar dinero del erario), la psiquiatría terminó por perder la hegemonía en el manejo de los trastornos mentales.

Dentro de la dimensión interna intelectual, en lo tocante a las teorías y los métodos, tras las críticas a la psiquiatría desplegadas en la década de los sesenta, en 1970 aparecieron dos nuevas críticas que llevaron al replanteamiento de esta disciplina al interior de la APA. Uno fue la publicación de un “ingenioso experimento” llevado a cabo por Rosenhan, y el otro fue el movimiento que promovió la desclasificación de la homosexualidad en el manual de la APA (Decker, 2013).

Rosenhan (1973) publicó en 1973 los resultados de un experimento llevado a cabo para analizar la fiabilidad diagnóstica del sistema psiquiátrico estadounidense. A grandes rasgos, el experimento consistió en que un grupo de 20 personas solicitaron internamiento fingiendo síntomas de alucinaciones, e inmediatamente después de ser internados actuaron de forma normal, incluso tomaban notas de sus experiencias en el asilo. El artículo de Rosenhan atacó directamente el método diagnóstico de la psiquiatría, indicando que “los diagnósticos psiquiátricos solamente existen en el cerebro del observador y no son un resumen válido de características que presenta el observado” (1973, p.100).

El experimento de Rosenhan mostró el resultado de que ocho personas sanas consiguieron ser admitidas en doce diferentes clínicas, quienes al término del experimento fueron dadas de alta como personas esquizofrénicas “en remisión”; lo que destacó este experimento es que ninguna de las personas fue declarada sana, por lo que una vez declarado enfermo se considera como tal al individuo en lo sucesivo, en palabras de Rosenhan “tan pronto como una persona es catalogada como anormal, todas sus otras formas de conducta y rasgos caracterológicos se verán teñidos por esta clasificación” (1973, p.107).

Así pues, el sentido atribuido a las manifestaciones conductuales y caracterológicas de las personas está definido por el juicio de normalidad o anormalidad del observador; si el observador parte de que la persona tiene rasgos anormales, entonces catalogará como signos elementos que, si partiera de la creencia en la normalidad de la persona, serían significados de manera distinta.

De este modo, el artículo de Rosenhan no sólo puso en entredicho la capacidad de los psiquiatras para distinguir la normalidad de la anormalidad, sino que además resaltó la falla en la fiabilidad

del diagnóstico y el papel estigmatizador de las clasificaciones psiquiátricas, por cuanto las categorías diagnósticas no eran ni adecuadas ni confiables, pero se empleaban *como si lo fueran*.

Los resultados del movimiento antipsiquiatría fueron múltiples, tanto dentro de la dimensión interna social e intelectual como dentro de la externa social. Por un lado, la homosexualidad fue eliminada como enfermedad en la tercera edición del DSM; la reacción de los psiquiatras adscritos a la tradición médica se vio favorecida por el detrimento de la postura psicodinámica en la percepción social y estatal, por lo cual el modelo médico pudo recuperar la posición dominante en la psiquiatría, a través de las clasificaciones y la prescripción; las grandes farmacéuticas se vieron favorecidas por el impulso al tratamiento farmacológico en detrimento del hospitalario y la población interna se redujo. Al mismo tiempo, con el desarrollo de *Medicare* y *Medicaid*, gracias al advenimiento del DSM-III que satisfacía las necesidades burocráticas de las aseguradoras, se creó un círculo virtuoso entre las aseguradoras, las clínicas psiquiátricas y las farmacéuticas (Decker, 2013).

En el polo negativo, la población “liberada” de los asilos fue dejada a su suerte con la esperanza de que las comunidades reinsertaran a las personas, cosa que no sucedió. Las calles se llenaron de indigentes, en muchos casos personas con graves problemas psicóticos, que ni fueron recibidos por las comunidades ni integrados en la sociedad (Decker, 2013; Becker, 2011). Este efecto no buscado de la antipsiquiatría repercutió negativamente en la vida de las personas que quedaron en las calles despojadas tanto de un techo como del mundo que conocían; si el “internado” era una “institución total” (siguiendo a Goffman), entonces es claro que las personas fueron arrojadas del mundo que conocían y les dotaba de identidad.

La antipsiquiatría afectó también el sistema de clasificación de la APA, pues para el desarrollo del DSM-III la búsqueda por la fiabilidad diagnóstica llevó a que uno de los objetivos del manual fuera tener un fundamento en la tradición médica psiquiátrica (Keeley, Morton, & Blashfield, 2015; Decker, 2013), con la consecuencia de que, pese a su presunción de clasificación “ateórica”, estuviera fuertemente influida por la perspectiva organicista de los trastornos mentales.

Durante la década de 1970, un pequeño “pero efectivo” grupo de psiquiatras, normalmente denominados neo-kraepelinianos buscaron reafirmar la psiquiatría como rama de la medicina, y en un intento de medicalizar los trastornos mentales, enfatizaron las distinciones cualitativas entre la

normalidad y la enfermedad, perspectiva criticada por Szasz, para quien las enfermedades mentales son problemas de la vida cotidiana que forman parte del continuo del comportamiento normal. El DSM-III fue una reacción ante el movimiento antipsiquiatría dentro de la dimensión interna intelectual, y una respuesta a las demandas de fiabilidad diagnóstica de las aseguradoras, el sistema legal y estatal de Estados Unidos (Decker, 2013; Keeley, Morton & Blashfield, 2015) en la dimensión externa social.

Empero, las proposiciones de los neo-kraepelinianos fueron ampliamente aceptadas en la profesión psiquiátrica, y el modo en que aseguraron esta perspectiva fue a través de la creación de un nuevo sistema de clasificación, que buscaba superar las críticas realizadas por el movimiento antipsiquiatría. Así, el DSM-III se desarrolló en el contexto del movimiento anti psiquiátrico, pero quien marcó el programa fue el movimiento neo-kraepeliniano.

Decker (2013) señala que en la realización del manual se enfrentaron por un lado los psiquiatras fenomenológicos y descriptivos por un lado –la tradición psiquiátrica médica–, y los psiquiatras psicodinámicos y los psicoanalistas –tradición de la psiquiatría psicodinámica– por el otro; es decir las dos tradiciones de la psicopatología psiquiátrica vieron enfrentados sus intereses para el desarrollo de ese manual; sin embargo, el movimiento antipsiquiatría había afectado especialmente a la psiquiatría psicodinámica.

A partir de la antipsiquiatría se abandonó, en la mayoría de los textos de psicopatología, el término de “enfermedad mental” para sustituirlo por el de “trastorno mental”, “desorden psicológico” o “síndrome” mental o emocional, aunque aún se presentaba el problema de la diversidad de clasificaciones que impedían la homologación de la comunicación científica de las distintas perspectivas teóricas de las cuatro tradiciones de la psicopatología.

Dentro de la dimensión interna intelectual, en el ámbito de los métodos y las clasificaciones, la CIE de la OMS tenía poca presencia en el área mundial. A principios de los ochenta del siglo XX, el DSM de la APA en su tercera edición incorporó una serie de innovaciones que provocó la difusión internacional de los dos sistemas de clasificación (Jarne *et. al*, 2006), DSM y CIE. Históricamente, la aparición de la tercera edición del DSM en 1980 representó una “revolución” porque hasta ese momento los manuales de diagnóstico (incluida la CIE) tenían pautas imprecisas y a menudo la clasificación se basaba en criterios etiológicos, lo que resultaba problemático porque las pautas

dificultaban la confiabilidad inter-observador y para la mayoría de los trastornos la etiología aun presenta muchas interrogantes.

El DSM-III buscó reducir la subjetividad profesional, para lo cual incorporó innovaciones como el uso de criterios diagnósticos operacionales, el sistema multiaxial y un enfoque descriptivo (Jarne *et. al*, 2006, pp.44-45). Además, afectó muchas áreas de la vida cotidiana médica, psicológica, legal y económica en formas que las versiones anteriores del DSM no habían logrado (Decker, 2013).

El DSM-III incluyó por primera vez criterios operacionales de inclusión y exclusión para la definición de categorías diagnósticas; los antecedentes de estos criterios son los *Research Diagnostic Criteria* (RDC, criterios diagnósticos de investigación) desarrollados a mediados de los setenta, los cuales proponían criterios descriptivos para una serie de trastornos, que evitaban el abordaje de la etiopatogenia. Uno de los motivos que promovieron el desarrollo de los RDC fue mejorar la comunicación entre clínicos e investigadores respecto al diagnóstico, pero los criterios originalmente se crearon con fines de investigación (Jarne *et. al*, 2006, p.45).

El DSM-III reemplazó la visión psicodinámica (psicoanalítica) por la médica, el intento por usar criterios diagnósticos fue mejorar la confiabilidad y hacer el proceso diagnóstico más explícito, así como la integración de los ejes multiaxiales buscó reorganizar jerárquicamente las categorías según 17 criterios mayores basados en la fenomenología del trastorno, en lugar de en dos dicotomías, trastorno orgánico frente a trastorno no orgánico y trastornos psicóticos frente a trastornos neuróticos, como se utilizaban en las dos ediciones anteriores (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.48).

Los criterios diagnósticos para los diversos trastornos surgieron del consenso “basado en la experiencia clínica y en el análisis racional de los hallazgos de la investigación empírica” de un grupo de expertos. Los criterios operacionales se organizan en un sistema politético, esto es, no es necesario que la persona cumpla todos los criterios para un trastorno concreto, basta con que presente un determinado número de ellos (Jarne *et. al*, 2006, p.46).

El sistema multiaxial permitía evaluar a la persona hasta en cinco ejes. Cada eje brindaba información sobre diferentes áreas, a fin de aportar ayuda para la aclaración del diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. Los ejes I, II y III engloban los síndromes clínicos, los trastornos del

desarrollo y los problemas físicos, respectivamente; el eje IV considera la influencia de estresores psicosociales y el eje V el nivel de adaptación funcional al entorno; por otra parte, el manual tiene un enfoque descriptivo, se asume como ateórico, pero presenta una fuerte concepción organicista (Jarne *et. al*, 2006, p.46).

El DSM-III fue un éxito, pues desde el punto de vista financiero se vendió muy bien y favoreció la publicación de una serie de libros asociados con el manual, y desde el punto de vista de la comunidad de usuarios, se volvió la clasificación más utilizada a nivel internacional (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.48).

Debido al impacto del DSM-III, la décima edición de la CIE publicó dos versiones, una clínica que contenía descripciones en prosa de las categorías, y una para investigación con criterios diagnósticos. En respuesta, se realizó una nueva edición del DSM, con un extenso comité de trabajo y con el patrocinio de la Asociación de Psiquiatría Americana para grupos de investigación, con el objetivo de que en la nueva edición se resolvieran empíricamente los debates de clasificaciones anteriores. Entre los logros del DSM-III (Decker, 2013) destaca que mejoró la fiabilidad diagnóstica, el análisis multiaxial permitía valorar las distintas dimensiones que afectaban la salud mental y se ponía énfasis en establecer criterios para diagnosticar los trastornos.

La cuarta edición del Manual fue más grande que la anterior, pasando de casi 300 categorías a casi 400; pese a que el DSM-IV buscó homologar los criterios de la CIE-10, ambas clasificaciones son diferentes. En el año 2000, la APA publicó una versión revisada y actualizada del DSM, denominada como DSM-IV-TR, que actualizó las secciones de prosa del manual, pero dejó intactos los criterios diagnósticos y el número de categorías diagnósticas (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, pp.48-49).

En lo referente a los manuales diagnósticos de la APA, resulta relevante el hecho de que las posiciones en los grupos de creación del manual no han sido explicitadas. Desde la tercera edición del manual se han dado conocer nombres de quienes participan, pero ni se conocen todos los integrantes de los equipos ni cuáles han sido los criterios para su selección, por lo que es plausible considerar que en esta selección el papel principal viene desempeñado por el capital social y el capital simbólico de los “expertos” dentro del campo científico de la psicopatología.

Conclusiones

Desde la Segunda Guerra Mundial hasta la actualidad, hay al menos cuatro rasgos importantes del campo científico de la psicopatología (Jarne *et. al*, 2006, p.25):

- 1) La fragmentación de la Psicopatología Científica en modelos y escuelas.
- 2) El establecimiento de nosologías y sistemas diagnósticos “unánimemente reconocidos” a nivel internacional (Clasificación Internacional de Enfermedades –CIE– de la Organización Mundial de la Salud, y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –DSM– de la Asociación Americana de Psiquiatría).
- 3) La “segunda revolución terapéutica” por la que el tratamiento farmacológico reemplazó el internamiento, y el nacimiento de la atención comunitaria.
- 4) Las aportaciones de las neurociencias a la comprensión de los trastornos mentales, aunque incipientes, que ayudan a rebasar la confrontación entre las corrientes biologicistas y las psicogénicas.

Además, a partir del desarrollo y difusión del modelo psicodinámico, surgió la tendencia, mantenida en la actualidad, a interpretar las dimensiones de normalidad y anormalidad como los dos polos de un continuo, para superar los enfoques clásicos que acentuaban las diferencias entre la conducta anormal y la normal (Jarne *et. al*, 2006, p.27).

Así pues, en las dimensiones internas de la PD, la institucionalización de la psicología y la psiquiatría dentro del campo académico y las instituciones sociales, llevó a la consolidación de la Psicopatología Descriptiva como tradición de investigación, institucionalizada como el lenguaje para abordar la anormalidad y los síntomas mentales a través de las clasificaciones internacionales, como programa de investigación que plantea cuáles son los objetos para el estudio de la anormalidad y, en consecuencia, a la transformación de las tradiciones ocupadas de la investigación de la psicopatología.

El conjunto de los cambios técnicos y cognitivos, la institucionalización de las disciplinas psicológica y psiquiátrica (con ellas la consolidación de las tradiciones de investigación de la psicopatología dentro de estas ciencias), y las críticas promovidas por el movimiento antipsiquiatría no sólo afectaron en el ámbito de la clasificación, sino que además incidieron en la creación de

nuevas perspectivas, ya fuera porque reaccionaron en contra de las formas tradicionales de psicopatología, o bien porque amalgamaron el enfoque tradicional de la psicopatología con alguno de los nuevos enfoques cognitivos.

CAPÍTULO 4: PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA CONTEMPORÁNEA. UNA TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN METATEÓRICA

Como se ha visto en los capítulos precedentes, la Psicopatología Descriptiva tiene una larga trayectoria histórica, cuya continuidad ha dependido del estudio de la anormalidad en diversos periodos y tipos de sociedades. Aunque el objeto “anormalidad” se ha transformado a través del tiempo, a partir del desarrollo fundacional de las ciencias de la mente en el siglo XIX, la anormalidad mental se ha perfilado como un problema de las funciones mentales y de la aceptabilidad del comportamiento de las personas. Pero fue hasta el siglo XX que la institucionalización de las disciplinas *psi* y las transformaciones sociales llevaron este estudio a consolidarse como dominio de conocimiento científico, académico y social, en el ámbito internacional.

El presente capítulo tiene por objetivo justificar la existencia de la Psicopatología Descriptiva como Tradición de Investigación Metateórica, para lo cual se abordan sus elementos constitutivos, propuestos por Laudan (1977), con base en el análisis dimensional propuesto por Ritzer (2001), enfocándose exclusivamente en la dimensión interna intelectual y la interna social.

Dentro de la dimensión interna intelectual, se muestra la forma en que las cuatro tradiciones “primigenias” de estudio de la psicopatología se diversificaron en modelos híbridos que funcionan como *exemplars* o representaciones de la tradición y que, pese a sus diferencias explicativas, comparten el objeto de estudio –la anormalidad–, reglas de aplicación, métodos de investigación y lenguaje (clasificación), como parte de la función constrictiva de la tradición de investigación planteada por Laudan (1977), y supuestos de dominio, supuestos no problemáticos, que muestran la función heurística y justificativa de la tradición.

Posteriormente, se incluye también la dimensión interna social, que refiere los datos de institucionalización de la PD en la actualidad.

DIMENSIÓN INTERNA INTELECTUAL

En este apartado se exploran los elementos que Laudan (1977) considera como constitutivos de la tradición: objeto, método, exemplars, supuestos no problemáticos, categorías y reglas de aplicación, que corresponden a las funciones constrictiva, heurística y justificativa de la tradición, propuestas por este autor. Estos componentes corresponden a la dimensión interna intelectual propuesta por Ritzer (2001), en tanto la institucionalización de la tradición corresponde a la dimensión interna social (Ritzer, 2001).

OBJETO DE ESTUDIO DE LA PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA: LA ANORMALIDAD

Como se indicó antes, Laudan (1977) propone que las tradiciones de investigación tienen una función constrictiva que plantea problemas, objetos que pueden ser abordados por la tradición y los métodos para hacerlo y los supuestos implícitos. En este aspecto, la psicopatología como Tradición de Investigación Metateórica plantea como problema de estudio la anormalidad, lo cual supone delimitar cuándo y cómo se define la anormalidad en una sociedad determinada, cuándo una conducta puede ser concebida como patológica por su nocividad hacia la persona o la sociedad, y cuáles son sus causas y efectos.

Así pues, el problema que plantea la tradición de la psicopatología como problema de investigación es la delimitación de la anormalidad. Moreno y Ortiz-Tallo (2013) señalan que la mayoría de los enfrentamientos en la historia de la psicopatología han sido por tratar de definir qué es trastorno y qué es normal. Este problema se vincula, principalmente, con la aspiración a la universalidad de esta tradición.

Después de la Segunda Guerra Mundial, lo que se define como comportamiento anormal, objeto de estudio de la Psicopatología Descriptiva en tanto síntomas, es sintetizado por Halgin & Krauss (2004), según cuatro criterios: 1) Perturbación, que es la experiencia de dolor físico o emocional, que hace que al individuo le cueste trabajo funcionar en las actividades de su vida diaria; 2) deterioro, concebido como alteraciones en el funcionamiento cotidiano de la persona, pero ésta no se siente alterada, así implica una reducción de la habilidad de la persona para funcionar a *nivel óptimo* o *promedio*; 3) riesgo para sí mismo o para otros, se considera cuando los pensamientos o conductas de la persona constituyen peligro o amenaza para su integridad física o mental o la de

otras personas; 4) conducta social y cultural inaceptable, se considera la conducta está fuera de las normas del contexto social y cultural donde sucede, la *gente* que se desvía de las *normas esperadas* se define como “anormal”.

Los elementos que refieren las causas posibles del comportamiento anormal (etiología), signos y síntomas, son designados comúnmente como psicopatología; la Psicopatología Descriptiva consiste en la descripción sistemática de estos componentes, para describir y de ser posible explicar los trastornos mentales y sus síntomas.

No existe una definición de la normalidad ni un consenso acerca de lo que puede considerarse normal. La anormalidad siempre será definida con base en estos cuatro criterios, sin que exista una directriz para el “experto” más allá del discurso de la persona cuando se basa en el criterio de perturbación o en el criterio de deterioro, y del discurso de terceros o de su propio *sentido común* (como juicio sensato, siguiendo a Reid) para los criterios de riesgo y de conducta inaceptable.

La Psicopatología Descriptiva como Tradición de Investigación Metateórica plantea un lenguaje y programa o conjunto de instrucciones, a través de los cuales se ordena el conocimiento construido por las cuatro tradiciones en este campo (psiquiatría médica, psiquiatría psicodinámica, psicología clínica y personológica y psicología académica y experimental). La Psicopatología Descriptiva plantea problemas, conceptos y categorías a partir de los cuáles se buscan las explicaciones de los trastornos mentales, clasificados a partir de la descripción de sus síntomas.

En la práctica los síntomas mentales se construyeron con base en la convergencia de un nombre, un concepto y una forma de comportamiento, cada convergencia se inscribía en la literatura técnica por parte un autor o grupo de autores, expresando sus ideas y las necesidades sociales específicas de ese periodo, por lo que los síntomas mentales habrían de ser considerados como constructos antes que como descubrimientos (Berrios, 2007, p.2). Así, la Psicopatología Descriptiva constituye un léxico que incluye los nombres y descripciones para los síntomas y sus componentes, adecuados con una gramática, una sintaxis y prescripciones para sus aplicaciones, “la psicopatología descriptiva está equipada para tratar el manejo cognitivo, moral y social de la locura” (Berrios, 2007, p.3).

REGLAS DE APLICACIÓN (FUNCIÓN CONSTRICTIVA)

Como parte de su función constrictiva, la PD plantea criterios y principios para el estudio de la anormalidad, que suponen normas para separar la patología de lo normal.

Debido a que el objetivo es distinguir la patología de la normalidad, se vuelve entonces comprensible que se critique la “patologización de la normalidad” o la “patologización de la vida cotidiana”, en tanto precisamente el problema consiste en separar la patología de la normalidad. Por ello, un problema vinculado a la normalidad/anormalidad es la relación entre la salud y la enfermedad, en donde la normalidad es la salud, considerada como un estado subjetivo de bienestar, cuya alteración es considerada como “enfermedad” (Gadamer, 1996).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”; la ausencia o alteración de este estado de bienestar es considerado como “enfermedad mental”, que se manifiesta como una alteración en la consciencia, en el afrontamiento de los conflictos cotidianos o en el ajuste a la comunidad. Existen diferentes definiciones de “trastorno mental” en la literatura, distintas en función de la tradición de investigación en psicopatología.

A partir de los criterios de perturbación, deterioro, riesgo y conducta inaceptable, se define si el malestar experimentado por la persona o grupo social puede considerarse como objeto de estudio, desde el punto de vista de la tradición de investigación de la psicopatología. Estos cuatro criterios, aceptados tanto por la psicología como la psiquiatría, delimitan el estudio de la anormalidad, pero son insuficientes para explicarla, clasificarla y diagnosticarla. Por ello, existen criterios adicionales, que justifican la presencia de la psicopatología y que se utilizan para diagnosticar a la persona objeto de estudio (aquella que cumple con los criterios de anormalidad).

Moreno y Ortiz-Tallo (2013, pp.26-27) y Jarne y colaboradores (2006, pp.27-31) presentan los criterios más comunes en la mayoría de los manuales de psicopatología contemporáneos, que sirven para definir qué es lo que puede considerarse como anormalidad y patología:

a) Criterio biológico: Se centra en la idea de que las manifestaciones psicopatológicas se deben a disfunciones de estructuras o procesos biológicos. Implica aceptar el supuesto de que los trastornos psíquicos tienen una etiología orgánica. Al utilizar sólo este criterio para definirlos existe el riesgo de ignorar otros factores (psicológicos y sociales) que pueden tener valor descriptivo y explicativo en la definición de la psicopatología. Enfatiza la naturaleza biológica de las personas, aunque son muchas las dificultades para aislar cuáles son las alteraciones estructurales o funcionales y cuál es su causa.

Por otra parte, cabe señalar que la búsqueda de la causa biológica implica una decisión ontológica que implícitamente adopta la postura de mente=cerebro.

b) Criterio clínico: Se trata del reconocimiento, por parte del evaluador, de alteraciones objetivas cuya presencia supone una disfunción. En ocasiones serán síntomas (subjetivos), en ocasiones serán observables por el evaluador (signos). Los criterios clínicos definen la conducta anormal sobre la base de la presencia de síntomas, por lo cual es necesario establecer definiciones para los trastornos, por ello, las clasificaciones de trastornos mentales son necesarias para reconocer los síntomas presentes en diferentes tipos de trastornos. Las principales clasificaciones, “más difundidas internacionalmente”, la CIE y el DSM, establecen definiciones sobre los síntomas (Jarne *et. al*, 2006, pp.28-29). Según estos criterios, lo anormal o psicopatológico es aquello que cumple con los criterios definidos

[...] lo cual no está exento de problemas. En primer lugar porque en Psicopatología se tienen pocos síntomas fijos o absolutos de trastorno de conducta; hay, en definitiva, pocos signos cuya presencia sea objetivamente valorable, dado que necesitan la apreciación subjetiva del paciente y/o clínico. En segundo lugar, porque el síntoma a menudo posee valor psicopatológico según el contexto donde se observa. (Jarne *et. al*, 2006, p.29)

c) Criterio estadístico: Se rige por los principios de frecuencia y continuidad. Parte del supuesto de que las características de las personas tienen una distribución normal en la población general, por lo que las experiencias anómalas son todo aquello que se desvía de la norma que, en estadística, se identifica con la media, es decir, lo infrecuente. Se considera patológico o infrecuente, lo que está fuera de la distribución normal. El criterio estadístico se rige también por el supuesto de continuidad, según el cual elementos que se encuentran en las psicopatologías aparecen también en la normalidad, pero con una intensidad distinta, por exceso o por defecto.

d) Criterio social: Considera psicopatológico aquello que se desvía de las normas sociales establecidas, lo que se aparta de las normas dominantes en una determinada sociedad o momento histórico. La anormalidad depende del consenso social; según momento y lugar se reconoce el peso que tienen las variables socioculturales en la valoración de la normalidad o la anormalidad. “La investigación transcultural ha dejado constancia de la relatividad cultural del comportamiento humano: aquello que en un contexto histórico o cultural es normal, se considera psicopatológico en otro contexto” (Jarne *et. al*, 2006, p.29). Una variante es la anormalidad como inadaptación al medio, la adecuación de un individuo al rol que socialmente tiene asignado es el criterio principal para determinar la normalidad de su comportamiento; no obstante, definir la adaptación social y si la adaptación representa una anormalidad es difícil (Jarne *et. al*, 2006, p.30).

Ahora bien, también existen criterios intrapsíquicos o subjetivos, en que el individuo es quien dictamina su situación o estado patológico. Aunque estos criterios tienen poca fundamentación científica (Jarne *et. al*, p. 30).

e) Criterio de sufrimiento: Referido a la presencia o ausencia de dolor, en este caso dolor psíquico. Este criterio implica que la anormalidad psicológica debe concretarse en una vivencia subjetiva dolorosa.

f) Interferencia en el funcionamiento: Se refiere a que el problema esté causando algún deterioro que interfiera en el desarrollo de la vida cotidiana de la persona que lo sufre; es uno de los más considerados en la práctica clínica para valorar si una persona presenta un trastorno mental.

Dificultades en la aplicación de los criterios

Hasta aquí, es posible observar que los criterios no son específicos en su totalidad, y que queda al arbitrio del experto el definir si se cumplen o no para definir un problema como psicopatológico. Estos criterios se organizan en torno a los síntomas y en consecuencia en torno a la Psicopatología Descriptiva, puesto que la presencia o ausencia de los síntomas y signos, de acuerdo con el lenguaje técnico, es lo que permite observarlos en su estrato biológico y estadístico, lo que lleva a

concebirlos como problemáticos desde el criterio clínico y lo que se define como *causa* del sufrimiento en los criterios subjetivos. Es decir, estos criterios orientan qué será aquello que el experto concebirá como síntoma y causa probable del problema, al mismo tiempo que, aquello que el experto conoce y reconoce como síntoma y signo (de acuerdo con su formación y adscripción a una tradición, como *habitus* incorporado durante su formación profesional y práctica), incidirá en el reconocimiento o negación acerca de si se cumple o no con el criterio.

Los criterios no son infalibles, por lo que dentro del campo de la salud mental, se han indicado los problemas que los distintos criterios plantean para el estudio de la anormalidad.

Uno de los problemas de los criterios clínicos, además del hecho de que las condiciones que rodean a los “síntomas” o “signos” son lo que marcaría su carácter psicopatológico de acuerdo con Jarne y colaboradores (2006), es que ni en los manuales ni en la práctica hay claridad respecto a cómo se negocia entre experto y consultante la significatividad del síntoma para considerarlo como patológico.

Un segundo problema es la falta de claridad y transparencia en torno a cómo se realizan las clasificaciones, quiénes participan (y con base en qué se eligen los paneles de expertos) y cómo se establece el consenso (en términos de capital dentro del campo científico), pues ambas clasificaciones (como se verá más adelante) están ampliamente orientadas a los criterios clínicos. Un tercer problema es que, pese a que hay pocos signos y síntomas, las clasificaciones siguen creciendo en número de categorías en cada nueva edición. Y el cuarto problema es que, pese a que la significatividad del criterio clínico está vinculada al contexto, no se ha abordado la forma en que la situación define el síntoma y su valoración como psicopatología.

En el caso del criterio estadístico, no está claro de dónde sacan la media de la normalidad y según qué estándar se homogeneiza la población para obtener una medida de distribución; tampoco es posible saber si el tamaño de la muestra del “grupo normal” es suficiente para asumir que representa un atributo común a toda la población, considerando que las descripciones de la Psicopatología Descriptiva aspiran a ser universales. Aún más, dado que los sistemas de salud locales (de donde provienen las estadísticas de incidencia y prevalencia) trabajan con las clasificaciones internacionales, resulta difícil saber si las categorías de análisis están *presentes* en la población o

se trata de una especie de “lecho de Procusto” en que el profesional califica los comportamientos de acuerdo con la “lista” de categorías diagnósticas.

Además de la veta evolucionista que implica la idea de adecuación y adaptación, resulta problemático este criterio por dos razones. La primera de ellas, y que ha sido fuente de ataques por parte del feminismo y la antipsiquiatría, es el papel opresivo que adopta la psicopatología al aplicar las normas sociales para la evaluación de las personas cuando éstas se niegan a aceptar un rol impuesto.

El segundo problema es de tipo cognitivo porque, si son aspectos culturales los que hacen que algo se reconozca como psicopatología, entonces es un criterio social el que lleva a la investigación de ciertos comportamientos y a clasificarlos y describirlos en la Psicopatología Descriptiva, es decir, la anormalidad del comportamiento desde un punto de vista sociocultural, históricamente situado, es lo que provocará que surja el interés por esa conducta como objeto de estudio⁵⁴.

Los criterios intrapsíquicos son limitados porque muchas conductas anormales se generan sin sentimientos de sufrimiento o son vividas como normales por la persona, por lo que no solicita ayuda o puede rechazarla, y porque no todas las personas tienen la misma capacidad para expresar malestar; por otra parte, no todas las personas que manifiestan quejas presentan rasgos patológicos, establecer la ecuación sufrimiento es igual a la anormalidad resulta inadecuado y niega la expresión emocional humana (Jarne *et. al*, pp. 30-31). Adicionalmente, al tomar en cuenta este criterio los modelos tradicionales no suelen considerar el papel que los discursos sociales juegan en este autoinforme, en qué definición se basa la autoevaluación desde un punto de vista del contexto cultural.

⁵⁴ Un ejemplo de este inter-juego entre los criterios sociales y las clasificaciones es la patología clasificada como “Disforia de género”, aplicada como categoría diagnóstica a quienes dicen ser mujer y nacieron con pene o dicen ser hombre y nacieron con vulva; esta categoría sirve para diagnosticar a las personas que adoptan roles de género e identidades diferentes a las que les fueron asignadas al nacer por un médico, basadas en su anatomía; en culturas diferentes a la occidental contemporánea, este comportamiento no siempre fue considerado como anormal, ni siquiera era estudiado, en algunos lugares incluso era una práctica tradicional, sirvan de ejemplo los muxes.

Debido a estos problemas y a que no existe ningún criterio común a todo el objeto de la psicopatología, cada uno de estos criterios “es incapaz de abarcar por sí solo toda la amplitud del binomio normalidad-anormalidad” (Jarne *et. al*, 2006, p.27). Por ello existen principios generales que se recomiendan para la calificación del conocimiento anómalo (Moreno & Ortiz-Tallo, 2013, p.27). Es decir, por cuanto existe el consenso en la comunidad de usuarios para el uso de estos criterios, a pesar de sus deficiencias, su utilización se ajusta a principios adicionales que regulan la definición de algo como anormal. Estos principios son a los que Berrios (2007, 2008, 2011, 2013) se refiere como reglas de aplicación del lenguaje de la Psicopatología Descriptiva. Estos principios o reglas son (Moreno & Ortiz-Tallo, 2013, p.27):

Principio 1: *No se requiere ningún elemento aislado para definir la conducta anormal.* Puede existir trastorno cumpliendo cualquiera de los criterios (biológico, social, clínico, estadístico, de sufrimiento o de interferencia), no tiene que estar presente algún criterio concreto para que exista anormalidad (es decir, puede ser cualquiera de ellos).

Principio 2: *No existe ningún elemento suficiente para definir la conducta anormal.* Esto es, cualquiera de los criterios tiene que ser valorado en su contexto para que sirva⁵⁵.

Principio 3: *La anormalidad de una conducta suele ser dada por la conjunción de varios criterios.* La fuerza de un criterio puede ser mayor que la de otro cuando aparecen en mayor o menor grado varios de ellos.

Principio 4: *Ninguna conducta es por sí misma anormal.* Este principio hace hincapié en la relatividad de cualquier comportamiento y en la importancia de entender siempre cualquier comportamiento atendiendo a las variables contextuales⁵⁶.

⁵⁵ Este principio es muy relevante para entender que la definición de la conducta anormal es situacional, por lo que está ampliamente anclada en las pautas socioculturales del evaluador.

⁵⁶ Este principio es fundamental, pues el conocimiento y la aplicación de la psicopatología en buena medida se organizan en torno a él. Qué será considerado anormal según el contexto supone un ejercicio de decisión basado en el “sentido común” y ético y moral del experto, pues no hay mayor directriz que esa acerca de qué es normal en ese contexto sociocultural. Por ejemplo, una mujer que practique la ablación de los genitales de su hija en Occidente podría ser diagnosticada con Trastorno de la Conducta (un trastorno agresivo en que no se respeta la ley ni el derecho de terceros), mientras en países musulmanes africanos es una práctica tradicional y en muchos casos legal, de modo que no podría ser diagnosticada de la misma manera. Este principio, en cierta forma, contradice la aspiración de la psicopatología científica de establecer leyes universales, y de la psicopatología descriptiva de reflejar estas categorías universales.

Principio 5: *La dimensionalidad de la conducta humana*. Parece más correcto actualmente considerar la conducta humana como un continuo en el que los trastornos serían puntos más o menos extremos de él. Esto quiere decir que todas las personas comparten en mayor o menor medida cualquier atributo, pero que variaría el grado en el que se manifiestan. Por ello, establecer líneas divisorias de diversas categorías “sería difícil y, en cierta medida, arbitrario” (p.27).

Del análisis de estos dos conjuntos de criterios y principios, se deduce que actualmente, la función constrictiva implica el consenso de la comunidad de usuarios de la tradición, por el cual la patología psíquica es concebida como una alteración en el estado de la salud mental que afecta el ajuste o adaptación de las personas en su vida cotidiana, ya sea por un aspecto emocional, cognitivo o conductual. La patología es un continuo en la salud, por lo que suele designárselas como proceso, en donde salud y enfermedad representan dos polos de un continuo.

Actualmente, los modelos más recientes prefieren hablar de trastorno antes que de enfermedad, aunque tienen ésta como trasfondo; en la medida en que concebir un trastorno como un conjunto de síntomas, implica el léxico médico de la enfermedad, por cuanto la salud implica el bienestar subjetivo y la enfermedad el malestar subjetivo.

Se define como trastorno a una afección en la salud, en el caso de psicología puede referirse a una enajenación mental, la cual considera que, en uno o varios aspectos, el individuo que lo padece es incapaz de mantener un juicio, conducta, emoción o percepción de la realidad adecuados. El mal funcionamiento mental, de acuerdo con Gradillas (1998) puede ser definido por el sufrimiento que genera (ya sea en quien lo padece o en las *personas cercanas a él*), una incapacidad funcional e inadaptación, y la pérdida de control, si bien es difícil señalar qué caracteriza a las psicopatologías, y aún existen debates al respecto.

Así, un trastorno refiere alteraciones cognitivas y afectivas que afectan el funcionamiento “normal” de la persona *con respecto a su cultura*, que generan una conducta “inadaptada” y fuera de la “norma” social que define las expectativas sobre el comportamiento. Zoilo (2013, pp.18-20) señala que no hay formas delimitadas entre un trastorno psicológico y un problema psicológico, aunque de manera general se considera que un trastorno tiene la capacidad de “interferir en la forma de sentir y actuar de una persona, haciéndole ver el mundo de una forma distinta” (p.20).

Por su parte, la OMS, en la décima edición de la CIE delimita el concepto de trastorno en su edición, señalando que “aunque trastorno no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo” (CIE, 1992, citada en Jarne et. al, 2006, p.42).

Así pues, según esta perspectiva, cualquier persona puede deslizarse desde el polo de la salud hacia el de la enfermedad mental, y son estos criterios y principios los que guían la decisión del experto para dictaminar en qué polo se encuentra una persona: el de la salud/normalidad o el de la psicopatología/anormalidad.

UNIDAD DE ANÁLISIS: SIGNOS Y SÍNTOMAS

Con base en esta posición acerca de la salud y la enfermedad, y debido a los antecedentes organicistas de la psicopatología científica revisados en los capítulos anteriores, el estudio de la anormalidad adoptó la terminología médica de los síntomas, por lo que los objetos de estudio de la psicopatología científica, como unidad de análisis, son precisamente los signos y síntomas que, conjugados, configuran los trastornos mentales (antes denominados “enfermedades mentales”).

En este aspecto, el síntoma es la definición subjetiva de un elemento que produce malestar al individuo, aquellos rasgos o factores que ha notado y que describe como parte de su problema. Deben distinguirse de los “signos”, que son objetivos, en el sentido de que estos son observados por el clínico, no descritos por el individuo; sin embargo, suele usarse el término de síntoma de manera corriente para describir el fenómeno (psíquico) anormal, como sinónimo⁵⁷.

Asimismo, se diferencian los síntomas de los rasgos, en tanto los rasgos se consideran como parte de la personalidad del individuo, surgen desde edades tempranas y no se desvían de lo normal necesariamente. Cuando existe un conjunto de síntomas con un patrón definible se habla de síndrome, que conforma un cuadro clínico (Gradillas, 1998).

⁵⁷ Lo cual es ampliamente criticado por autores como Berrios (y la presente comparte esta opinión) porque sólo oscurece la ya de por sí obtusa distinción entre signos y síntomas, que para personas externas al campo de la salud mental puede resultar incomprensible.

Desde el siglo XIX los síntomas mentales se han considerado como la unidad de análisis del trastorno mental. Berrios (2007, p.1) señala que la producción de la investigación de la psicopatología ha sido escasa, porque los síntomas mentales se han considerado como entidades autónomas, con un sustrato “más o menos neurobiológico” cuya agrupación constituye un determinado trastorno. Cada combinación determinada de los síntomas mentales, señala Berrios, es a su vez considerada como el resultado de la influencia de reglas o sesgos anatómicas, genéticas o semánticas, que son captados o perfilados en el lenguaje específico de la Psicopatología Descriptiva, por lo que la calidad del perfilamiento y la captación de los síntomas mentales depende enteramente “del poder epistemológico de la psicopatología descriptiva”.

Mientras el síntoma es subjetivo, el signo supone que el observador es capaz de observarlo “a ojo desnudo”, ya sea por el comportamiento (los modales, gestos y apariencia incluidos) o por el discurso. Por ejemplo, una persona puede describir sentirse confundida, pero mientras lo hace el observador identifica que las palabras elegidas están incompletas, la persona olvida terminar la frase o cambia abruptamente de tema; en este caso hipotético, el signo observado (escuchado) por el evaluador es el *descarrilamiento del pensamiento*, que puede ser indicador de un trastorno del pensamiento. En ocasiones los signos están presentes contiguos a los síntomas, en otras no (Berrios, 2007).

Por ello, la descripción de los síntomas, en tanto unidades de análisis de las patologías de la mente, es la directriz de la investigación científica de la psicopatología, así como el punto de partida para el diagnóstico de las personas en la aplicación clínica; los signos constituyen una traducción del sentido cotidiano al sentido técnico (García, 2013) realizada por el evaluador, por lo que siempre están definidos por la formación y adscripción teórica del observador.

Ahora bien, los síntomas, a su vez, desde el punto de vista fenomenológico, tienen una característica dual en su manifestación, referida a su forma y su contenido. Berrios (2013) indica que en la Psicopatología Descriptiva del Siglo XIX se dio un fuerte énfasis a la forma, lo cual ha constituido el sustento de las clasificaciones contemporáneas. El contenido del síntoma se refiere al modo particular en que éste se presenta en cada individuo, por ejemplo, alucinar un perro es un contenido, alucinación es la forma, es “alteración de la percepción”.

Berrios (2008, 2013) indica que, en la Psicopatología Descriptiva, la idea de forma recupera la definición kantiana, que concebía las percepciones, ideas, los juicios, los sentimientos, los impulsos y la consciencia como fenómenos psíquicos que denotan el modo de existencia en el que el contenido se presenta. La forma es la unidad ontológica entonces, involucra los elementos impersonales del síntoma que son caracterizados a fin de analizarlos con “estabilidad”, es decir, ignorando sus manifestaciones individuales y específicas, que corresponden al contenido.

A partir de la incorporación en la Psicopatología Descriptiva del psicoanálisis, la fenomenología psiquiátrica y de la perspectiva del “giro lingüístico” en la década de los cincuenta (desde la dimensión externa intelectual), no sólo se considera el contenido y la forma, sino que además concibe el síntoma desde un punto de vista semiótico. En la literatura es común encontrar la dupla de “sentido” y “significado” del síntoma (por ejemplo, en Berrios, 2011, 2013, y Millon, 2015).

Esta distinción se vincula con la noción de que los síntomas, en tanto tienen contenido, son significantes, comunican algo desde o hacia la consciencia. De acuerdo con Jimeno (1999), el *significado* se vincula con la percepción, la forma en que se altera la sensación y la percepción, mientras el *sentido* es la atribución de motivos, de voluntad o de valor (como positivo o negativo). El sentido es atribuido a partir de la reflexión o análisis de su significado.

Por ejemplo, en términos simples, cuando un niño llora cuando su madre se separa de él, el sentido atribuido puede ser valorarlo como positivo (cariño) o negativo (berrinche), el motivo será considerado en función del significado, que es, en términos de apego que el niño tiene “apego inseguro” y eso le produce angustia por temor a la pérdida de la madre; en este ejemplo, el sentido atribuido es temor a la separación que lleva al niño a llorar para que la madre permanezca a su lado, el significado es ansiedad de separación.

MÉTODOS ACEPTADOS POR LA TRADICIÓN

La Tradición de Investigación de la Psicopatología acepta como métodos para el estudio de la anormalidad el método experimental (que privilegia el criterio biológico); el método epidemiológico (que trabaja con base en el criterio estadístico) y el método clínico, que por supuesto, otorga mayor valor al criterio clínico y a los criterios subjetivos (Borges, Medina, & López, 2004; Ilizástigui, 2000; Moreno-Altamirano, 2000). Los distintos métodos, en

consecuencia, implican enfatizar ciertas características dimensionales del objeto (síntoma) en detrimento de las otras.

Como señala Berrios (2011, 2013) el síntoma es un objeto híbrido que contempla tres dimensiones (cultural, psicológica, biológica), los criterios y métodos empleados por cada una de las cuatro tradiciones –y los modelos que se desprenden de ellas– implican privilegiar una dimensión y nivel de análisis, por lo que ninguna de ellas tiene una explicación y método de investigación capaz de abordar totalmente al objeto *híbrido* de la psicopatología.

En lo referente al cómo deben de abordarse el problema de la anormalidad y los trastornos mentales, con los síntomas/signos como unidades de análisis, existen métodos específicos delimitados a partir del desarrollo de las ciencias modernas, aunque como se ha visto tienen antecedentes históricos mucho más antiguos, los métodos propiamente “científicos” (según la definición de ciencia moderna), se adecuaron entre los siglos XVIII y XX para el estudio de los trastornos mentales.

Al exponer del desarrollo de la Psicopatología Descriptiva, tanto en el caso de sus antecedentes como de su forma actual, los autores hablan de la intervención clínica, las aplicaciones de terapéuticas, y la teoría, en tanto técnicas de investigación y modelos explicativos. Esto es así porque la psicopatología no sólo es polisémica, además, se halla en la intersección de distintos campos de conocimiento y, para complejizarla más, se desarrolla mediante la aplicación de diferentes versiones del método científico, por lo que no puede ser separada la producción teórica de los avances experimentales ni estadísticos ni clínicos; es decir, la producción de los modelos en psicopatología, históricamente pero sobre todo a partir de los últimos dos siglos, está asociada a la alternancia de modelos teóricos (o en la antigüedad sistemas de pensamiento filosófico o teológico) y su intervención terapéutica (curación, sanación, exorcismo, etc.).

Las diferentes teorías y tradiciones que configuraron la psicopatología, a través del tiempo, consideraron alternativamente alguno de los tres niveles explicativos de la conducta anormal, que son (Halgin & Krauss, 2004):

- el biológico, referido a las características fisiológicas del individuo, genéticas, causas atribuibles al funcionamiento físico, para conocer si los trastornos presentados pueden ser

de índole biológica, que comúnmente se consideran causas médicas, por consumo de sustancias tóxicas o genéticas;

- el psicológico, concebido como tal cuando la perturbación no tiene una causa biológica conocida, o bien surge como resultado de experiencias problemáticas en la vida de la persona, entonces la explicación se halla en las causas psicológicas, y se evalúan las experiencias personales del individuo;
- y, el social-cultural, que analiza los eventos que surgen en círculos de influencia social en la vida diaria y en las relaciones interpersonales de los individuos, que repercuten en la persona de modo tal que afectan su adaptación y funcionamiento; la conducta anormal será normal allí donde la norma sociocultural sea así (todas las tradiciones consideran este nivel en cuanto a que la conducta sólo puede ser inadaptada o anormal por referencia al grupo de pertenencia, sin embargo no todas le otorgan la misma preeminencia a este nivel).

Por lo general, el estudio del comportamiento anormal contempla estas tres dimensiones para el análisis de sus causas, siendo además que pueden presentarse (y generalmente se presentan) coyunturas de estos tres factores (Halgin & Krauss, 2004); aunque, debido a las diferencias teórico-epistemológicas de los modelos, esta integración difícilmente se presenta en los modelos descriptivos de psicopatología, que tienden a privilegiar la explicación a partir de una de estas dimensiones, con base en las técnicas de recolección de información y abordaje del objeto durante la investigación, pues las distintas metodologías conllevan distintos tipos de resultados.

MODELOS DE PSICOPATOLOGÍA

La tradición de investigación científica de la psicopatología, se diversificó a partir del siglo XX, de modo que actualmente está integrada por diferentes modelos teóricos que resultaron de la hibridación de las cuatro grandes tradiciones de la psicopatología, cada uno de los cuales representa una orientación para explicar la conducta anormal, guiar la investigación e interpretar sus resultados; aunque a la fecha “todos los intentos de integración de los diferentes modelos en uno único han fracasado” (Jarne *et. al*, 2006, p.32).

Los distintos modelos comparten ciertos temas y supuestos que pueden ser analizados al abordar la psicopatología como tradición de investigación, según el modelo propuesto por Laudan (1977)

presentado en el capítulo 1 de este trabajo. Debe tomarse en cuenta que, si bien los distintos modelos proponen diferentes formas de concebir las causas de las psicopatologías, todos están orientados por el mismo problema (anormalidad), emplean los criterios de la anormalidad y sus principios de aplicación señalados arriba (incluyendo la distinción signo/síntoma), y los modelos comparten y recurren a los métodos propuestos para su abordaje. Además, los distintos modelos comparten las clasificaciones de los trastornos mentales y recurren al léxico de la Psicopatología Descriptiva (tesauros y clasificaciones) para delimitar los síntomas

Lo que persigue cada uno de los modelos es mostrar la forma en que los síntomas se explican. El síntoma, como unidad de análisis de la TI de la Psicopatología Descriptiva, es lo que ha orientado la diversificación de los modelos, por cuanto cada uno de ellos busca explicar la *causa* de los síntomas. Los modelos, como *exemplars* de la tradición, representan las fórmulas de solución para responder y explicar al problema de la anormalidad a las que recurrirán las teorías específicas. A continuación, se presentan los modelos asociados a las tradiciones de la Psicopatología Descriptiva.

Tradición de la psiquiatría médica

Se centra, como se mencionó antes, en el sustrato biofísico de los trastornos mentales, buscando los correlatos entre la conducta anormal y la fisiología orgánica y neurológica. Observa la dimensión biológica de la anormalidad y privilegia los criterios biológico y estadístico para la investigación epidemiológica, y los criterios clínicos y biológicos para la investigación de casos. Aunque considera también las dimensiones psicológica y cultural, persigue el hallar su correlato con la dimensión biológica.

Modelo biologicista⁵⁸.

Parte de una concepción médica de la psicopatología que considera que en la base de las alteraciones psicopatológicas se encuentran anormalidades biológicas (genéticas, neurológicas,

⁵⁸ Esta palabra no es reconocida por la RAE, se emplea en *psicología diferencial* para referirse a la tendencia a buscar la explicación de las conductas o los rasgos en la biología.

bioquímicas, etc.). Los trastornos mentales serían enfermedades causadas por el mal funcionamiento de un órgano, de modo que la enfermedad mental surge por la alteración del cerebro, ya sea estructural o funcional.

Este enfoque, perteneciente a la tradición médica de la psicopatología, privilegia el estudio de la predisposición genética, aunque a menudo adopta una perspectiva interaccionista que tiene en cuenta tanto la predisposición genética como la incidencia de agentes patógenos externos. Tradicionalmente, han diferenciado entre trastornos mentales orgánicos y trastornos mentales funcionales; los orgánicos presentan causas físicas claras (como el Alzheimer) mientras que para los funcionales no se han encontrado indicios tan claros de alteraciones orgánicas cerebrales (Jarne *et. al*, 2006, pp. 32-33).

A este modelo se debe el esfuerzo por clasificar los diferentes trastornos mentales que ha aportado un “lenguaje diagnóstico común y operativo” (Jarne, *et. al*, 2006), que es propiamente la Psicopatología Descriptiva. Aquí, vale la pena destacar que la clasificación se organiza en torno a la Descripción de los síntomas, por lo que toda clasificación depende de los modelos que se ocupan de esta labor.

En la década de 1980, el modelo biologicista, perteneciente a la larga tradición médica psiquiátrica de la psicopatología, pudo posicionarse como el modelo psicopatológico hegemónico gracias a la internacionalización de las clasificaciones psiquiátricas circunscritas a esta tradición, al desarrollo de la psicofarmacología y a la relación nutricia entre la psiquiatría médica y las aseguradoras y las farmacéuticas.

Modelo Epidemiológico.

Este modelo tiene anclaje en el funcionalismo y quizás en las teorías de la desviación. Se basa en el criterio estadístico y recurre al método epidemiológico, para el estudio de la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales. La clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud, como se verá más adelante, tiene un enfoque epidemiológico que conjuga el modelo médico con el análisis estadístico, principalmente porque el estudio estadístico depende de la información provista por los sistemas de salud, institutos de estadística o clínicas particulares que

tienen datos numéricos del tipo de diagnóstico que asignan a las personas. Este método, por lo tanto, es altamente dependiente de los datos recabados entre la población, y no supone un modelo explicativo de la etiología, sino que se enfoca particularmente en la distribución entre la población. Este enfoque surgió en la tradición médica psiquiátrica y su conjunción con el desarrollo de la epidemiología y la estadística moderna.

Psiquiatría fenomenológica.

Esta corriente, originada en la tradición médica de la psiquiatría, fue iniciada por Minkovski en 1921, pero se adjudica a K. Jaspers, quien en la década de los treinta propuso un modelo descriptivo de la psicopatología “ateórico”, que concebía el síntoma como un estado mental más que como una manifestación directa y observable del fenómeno subyacente. Aunque este modelo no fue muy difundido hasta la Segunda Guerra Mundial, actualmente es una de las principales corrientes en la tradición de la psiquiatría médica. Este enfoque busca comprender los síntomas según la forma que adoptan en la experiencia, lo cual favorece la investigación etiológica de estos estados en el nivel individual.

El estudio de la psicopatología según esta perspectiva no sólo debería perseguir una descripción libre de teoría acerca de la causa del síntoma, sino que debería seguir una metodología de descripción minuciosa del síntoma según cómo ha sido experimentado por la persona, por lo que es un modelo descriptivo que tiene como técnica central la historia clínica. Como modelo etiológico se mostró insuficiente, sin embargo, sirvió como base para observar los síntomas como expresiones de quebrantamientos en la experiencia natural de los individuos que padecen trastornos mentales y a cuestionar el modelo biologicista que considera los síntomas como si fueran universales (Berrios, 1992).

Cabe señalar que esta vertiente, aunque ha sido trabajada desde la década de 1960 por algunos investigadores, “resurgió” en la psiquiatría en la década de 1990, más como un recurso para la revisión de las clasificaciones y la psicopatología descriptiva que como un modelo etiológico o de clasificación en sí mismo (González, *et. al*, 2007). El modelo fenomenológico es a menudo categorizado como psiquiatría descriptiva (como en Decker, 2013, p.105) aludiendo la condición

descriptiva del modelo que, puede ser considerado, como una propuesta de Psicopatología Descriptiva.

Pese a que esta perspectiva se denomina fenomenológica, y tiene nexos con la psicología existencialista y el psicoanálisis (porque se centra en los síntomas, aunque en el caso del modelo psicodinámico se enfoca en las causas), forma parte de la tradición médica de la psiquiatría, la cual busca complementar, pues no niega la existencia de correlatos orgánicos, lo que busca es entender la forma en que se experimentan los problemas orgánicos o funcionales en la percepción subjetiva de los mismos.

Psiquiatría transcultural.

Es un híbrido entre las dos tradiciones de la psiquiatría, la médica y la psicodinámica. La psiquiatría transcultural, de reciente desarrollo, surgió de una vertiente del psicoanálisis (de la escuela culturalista iniciada con el trabajo de Winnicott) y de su hibridación con el pensamiento fenomenológico de Jaspers y Lewin y la perspectiva antropológica cultural (Kaplan & Sadock, 1992; Hollweg, 2001), por lo que es un híbrido de la tradición psicodinámica de la psiquiatría. Sus estudios se han centrado en la forma en que la cultura y las relaciones sociales de un lugar determinado inciden en el desarrollo de trastornos mentales y en cómo éstos son definidos y percibidos por la población. Los estudios transculturales realizados por la psiquiatría no sólo muestran el modo en que un fenómeno se presenta en distintas culturas, sino también han expuesto en ocasiones “síndromes” que son propios de una cultura y sólo se presentan en ella (Hollweg, 2001).

Concibe los síntomas mentales como fenómenos que están definidos e influidos por la cultura de origen, de modo que la clasificación de un síntoma o trastorno depende de las creencias sociales y del contexto; por ejemplo, en un lugar en donde se cree en los espíritus, escuchar voces se significa como estar cercano a los espíritus, mientras en otro lugar se concibe como alucinación auditiva, así en un lugar es algo normal e incluso positivo, en otro es un problema (Sanjuán, 2007).

Tradición de la Psiquiatría Psicodinámica

Dentro de esta tradición, la anormalidad se concibe como un problema intrapersonal. Se basa en los criterios clínicos y subjetivos. Se centra en la dimensión psicológica y concibe como causas de la formación de síntomas conflictos intrapersonales derivados de la lucha entre las energías psíquicas (inconsciente) y las demandas de la realidad (vida cotidiana). Considera que la dimensión biológica puede verse afectada por la dimensión psicológica y considera la dimensión cultural en su influencia sobre la psicológica a partir de las relaciones interpersonales. Se ocupa del nivel intrapsíquico de la psicopatología.

Psicopatología relacional.

Con origen en la tradición de la psiquiatría psicodinámica, esta perspectiva concibe la psicopatología según un enfoque centrado en las relaciones tempranas de la persona con el entorno, la forma en que ha respondido a éste a través de su vida y cómo se ha acoplado, así como en la respuesta a la relación terapéutica cuando se presenta la intervención; considera que no existe una causa única para el desarrollo de un trastorno particular, sino que la aparición y curso de los síntomas depende de un conjunto de relaciones dadas desde la infancia. Este enfoque es híbrido del psicoanálisis y la teoría de sistemas (Rodríguez, 2014).

Una variante, desarrollada en España por Linares (Linares & Soriano, 2013) desde el modelo sistémico familiar propone que las psicopatologías se presentan al interferirse la relación nutricia amorosa en la vida de las personas, y que las clasificaciones diagnósticas deben ser consideradas como “metáforas guía” que orienten el quehacer terapéutico sin considerarlas como entidades objetivas; en este sentido, aunque la propuesta de Linares busca desvincularse de las terapias posmodernas, al recurrir a la noción de metáforas guía, se aproxima al modelo cognitivo de las terapias narrativas y posmodernas.

Psicopatología del desarrollo.

Este modelo se centra en problemas que inician en la infancia y la adolescencia, así como en las características de los contextos en que suelen presentarse los problemas. Aunque comenzó como

tema en diferentes modelos de investigación, en la década de los setenta comenzó a consolidarse como un modelo independiente de investigación científica de la psicopatología. Al parecer con una fuerte influencia de los modelos sistémicos (aunque no aparece reconocida como tal en los textos), este enfoque se ha desarrollado describiendo los ambientes culturales de los “pacientes” y las relaciones familiares que están vinculadas con los trastornos que aparecen en la etapa del desarrollo⁵⁹; pese a que es una corriente elaborada dentro del campo de la psiquiatría, su enfoque muestra una hibridación entre el modelo cognitivo sistémico y el modelo cognitivo nacido en la psicología académica.

La psicopatología del desarrollo comenzó en una variedad de modelos de psicopatología (como tema subyacente). En 1974, “Thomas Achenbach señaló en *Developmental psychopathology* que era un libro «acerca de un campo que apenas existe», aunque ahora se trata de una subdisciplina de la investigación de la psicopatología científica” (Lenzenweger & Haugaard, 1996, p. V). Actualmente, este modelo cuenta con su propia revista especializada (e indizada en *Web of Science*) llamada *Development and Psychopathology*, dos libros que revisan la literatura existente y la segunda edición de *Developmental Psychopathology* de Achenbach, considerado como “el texto estándar de una aproximación que está ahora bien anclada y creciendo” (Lenzenweger & Haugaard, 1996, p. V).

Lenzenweger & Haugaard (1996) señalan que la psicopatología del desarrollo ha estado enfocada principalmente, aunque no de manera exclusiva, en el entendimiento de formas menos severas de psicopatología y caracterizada por una relativa preponderancia de investigación psicosocial, en que las influencias genéticas, los sistemas neurobiológicos y el desarrollo del cerebro se han explorado e integrado menos (pp. V-VI)⁶⁰.

⁵⁹ Las teorías del desarrollo consideran que una vez que termina la etapa de desarrollo comienza el envejecimiento, es decir, durante la infancia y la adolescencia la persona se encuentra en la etapa de desarrollo.

⁶⁰ Señalan que, aunque no se niegue la relevancia de los factores psicosociales en la determinación y mantenimiento de todas las formas de psicopatología, la psicopatología del desarrollo habría de integrar más un amplio espectro de la investigación científica sobre psicopatología para ayudar a un entendimiento de aquellas formas de enfermedad que abarcan la mayoría de las preocupaciones de salud pública; consideran que, aunque el estudio de la desviación social de adherencia a patrones, la competencia conductual (o ausencia de ella) y las relaciones disfuncionales paterno-filiales han provisto valiosos entendimientos, es necesaria una mayor claridad para el entendimiento de la psicopatología *clínicamente significativa* (Lenzenweger & Haugaard, 1996, p. VI).

Resulta interesante que mientras algunos psiquiatras en el modelo médico abogan por la fenomenología y el análisis transcultural, el modelo que tiene un fuerte enfoque psicosocial, la psicopatología del desarrollo, busque un modelo

Modelo psicodinámico.

Iniciado por el psicoanálisis freudiano, este enfoque se desarrolló ampliamente en la psiquiatría, como se revisó en el capítulo anterior, como tradición del pensamiento psicodinámico, aunque su influencia también llegó a la psicología clínica. Para este modelo hay fuerzas internas e inconscientes que determinan la conducta; conflictos psicológicos internos originan y mantienen el trastorno psicopatológico. La consciencia sólo es el dato inmediato y primero del estudio de la mente y la patología, y está mediatizada por problemas más complejos. Las personas no son conscientes de sus motivaciones y conflictos (Jarne *et. al*, 2006, p.34).

De acuerdo con Jarne y colaboradores (2006, p.34), esta perspectiva aportó a la psicopatología científica el reconocimiento de las emociones en la vida psíquica y en la génesis de las patologías, así como una visión dimensional de los conceptos de normalidad y anormalidad, según la cual todas las personas eran capaces de mostrar síntomas patológicos a partir de una vivencia traumática.

Las críticas principalmente han cuestionado su carácter científico porque es difícil la contrastación de los postulados y porque su metodología se basa principalmente en el estudio de casos (Jarne *et. al*, 2006, p.34)⁶¹.

La unidad de análisis del modelo psicodinámico son los síntomas, pero a diferencia de otros enfoques, considera a éstos como manifestaciones observables de motivaciones no observables, por lo que se centra en la identificación de esas causas según su propia propuesta etiológica (es decir, primero supone la etiología y luego la comprueba mediante el análisis del surgimiento y el curso del síntoma); evidentemente, ello la convierte en una perspectiva que no es falsable, por lo que no hay manera de someter a estudio sus conclusiones para refutarlas o aceptarlas.

más médico. Esto evidencia que ninguno de los enfoques por sí mismo sirve para entender completamente este objeto, y por otro lado muestra la tendencia a la integración que persiguen los modelos de la psicopatología.

⁶¹ El problema con este modelo es que la descripción de las patologías y su clasificación se basa en una cuestión tautológica entre referente y categoría, en donde la categoría se basa en un discurso individual que ha sido generalizado, y la categoría se constata en el discurso individual de un sólo caso, y además son irrefutables. Así, por ejemplo, se asume que un comportamiento compulsivo es impulsado por un mecanismo de defensa, y si se niega, se aduce que es por otro mecanismo de defensa, y así sucesivamente.

Aunque ello no demerita su aportación a la tradición psicopatológica al concebir la relación salud-enfermedad como un continuo y al conflicto como inherente a todas las personas en mayor o menor grado.

Tradición de la Psicología Académica-Experimental

En esta tradición el nivel de análisis es el de la conducta observable, en donde por conducta se entienden tanto los actos corporales como los actos discursivos, por ello se considera que esta tradición se enfoca en el nivel conductista. Se enfoca en la dimensión psicológica, y concibe que la anormalidad es resultado de la interacción de la persona con el entorno (natural y cultural), y de un desajuste en su adaptación a él. Concibe la dimensión biológica como predisponente para la interacción con el entorno y a la dimensión cultural como entorno para el aprendizaje y la adaptación.

Pese a su similitud –en la perspectiva acerca de las dimensiones social y biológica– con la tradición de la psiquiatría psicodinámica, se distingue de ésta en que no le interesa ocuparse de fenómenos que no sean directamente observables y susceptibles de experimentación (fenómenos intrapsíquicos). Recurre principalmente a los criterios biológico, estadístico y social.

Modelo conductual.

Esta perspectiva tiene sus raíces en el trabajo de Wundt, y forma parte de la tradición de la psicología académica y experimental. Tiene como principio básico que la conducta desequilibrada ha sido aprendida, se trata de hábitos desadaptativos condicionados a ciertos estímulos. El interés se centra en la conducta observable y medible, no en procesos inconscientes o biológicos. Considera que existe continuidad entre la conducta anormal y la normal, pues ambas se aprenden según las mismas leyes del aprendizaje y se configuran por la experiencia anterior (Jarne *et. al*, 2006, p.35). Este modelo se mantiene en constante actualización y ha sido prolífico en la producción de técnicas de intervención (Jarne *et. al*, 2006, p.35); en lo referente a la psicopatología, esta perspectiva toma como unidad de análisis la conducta observable y atribuye la etiología al aprendizaje influido por los factores ambientales, tanto físicos como sociales. Para Jarne y

colaboradores (2006, p.36), esta perspectiva permitió el andamiaje entre la psicopatología y la psicología experimental; en este aspecto, permitió que algunos síntomas sean concebidos según un punto de vista adaptativo, en el cual hay factores extra-personales que intervienen en su generación. Por otra parte, este enfoque se encuentra atomizado, pues no hay una teoría general que englobe sus técnicas y principios.

Modelo cognitivo.

Surgió dentro de la tradición de la psicología académica y experimental. Considera que los determinantes principales del comportamiento –normal o anormal– son procesos cognitivos. La conducta desadaptada se estudia y entiende en términos de cómo se percibe y piensa respecto al mundo, a otras personas y a sí mismo. Se privilegia el procesamiento de la información; los desequilibrios en los procesos psicológicos no son el resultado sino la causa de la psicopatología. La conducta desadaptada surge de percepciones distorsionadas (Jarne *et. al*, 2006, p.36). Esta perspectiva encontró sustento en las teorías cognitivas de Piaget y Vygotski, y en la teoría computacional de la mente. Este enfoque analiza el síntoma desde la percepción y el discurso, pues se enfoca en las creencias e ideas de la persona acerca del mundo, de sí misma y del síntoma, los síntomas son errores o fallos en el procesamiento de la información que llevan a estructuras y creencias erróneas que afectan el desenvolvimiento de la persona.

Este modelo aportó a la psicopatología contemporánea una concepción activa de los sujetos y nuevas técnicas de intervención (Jarne *et. al*, 2006, p.36), aunque como en el caso del modelo conductual, sus teorías se encuentran atomizadas.

Un aspecto relevante, es que los dos modelos de la psicología académica y experimental, el cognitivo y el conductual, se unieron durante la segunda mitad del siglo XX en lo que ha dado en llamarse “modelo cognitivo-conductual”. Esta unión respondió a las críticas realizadas al conductismo y al cognitivismo, por lo que fue una alianza estratégica que se actualiza constantemente y que forma parte de las principales vertientes de intervención clínica en la psicología.

Tradición de la Psicología Clínica y Personológica

Esta tradición es virtualmente la más dispersa. Debido a su enfoque idiográfico, se concentra más en las características y problemas individuales que en elaborar teorías etiológicas de la anormalidad; por lo común, debido a que la formación como psicólogo clínico se presenta dentro del ámbito académico la psicología clínica a menudo está influida por la tradición de la psicología académica y experimental.

No obstante, la imposibilidad de caracterizar todas las formas de psicología clínica se puede decir que la anormalidad se concibe principalmente de acuerdo con los criterios clínicos y subjetivos. Asimismo, considera el problema como un problema adaptativo ya sea en términos de aprendizaje, como un problema interpersonal, o en términos de rasgos inadaptados, es decir, formas de hacer y de pensar que cristalizaron en la personalidad. Las teorías de la personalidad integran la dimensión conductista e intrapsíquica, y consideran el nivel biofísico como predisposición para el desarrollo del carácter. Empero, esta tradición suele centrarse en la dimensión psicológica, dejando la dimensión cultural y biológica como entornos para el desarrollo de la personalidad y la psicopatología. Debido a su orientación al trabajo con casos individuales, el nivel de análisis más recurrente en esta tradición es el fenomenológico, centrado en la experiencia consciente de la persona en torno a sus síntomas.

Dentro de esta tradición, es posible destacar dos modelos, uno, que supone una forma de concebir los problemas distinta de la psicodinámica y de la tradición de la psicología académica y experimental, y otra, que persigue integrar las otras tres tradiciones de acuerdo con el enfoque de la clínica y las nociones de las teorías de la personalidad.

Modelo humanista.

Plantea que cada persona tiene de forma innata un potencial de crecimiento y actualización que constituye el motor de su conducta, el bloqueo o la distorsión de estas capacidades hacia la autorrealización y la autenticidad producen la patología. Este modelo rechaza las clasificaciones y no considera el método científico como la forma natural de acercamiento a la conducta anormal (Jarne *et. al*, 2006, p.34). Los modelos humanistas surgieron como reacción al psicoanálisis y la

tradición psicodinámica y se difundieron después de la Segunda Guerra Mundial. Entre sus aportaciones se encuentran la introducción de una postura optimista ante el potencial de la persona, el énfasis en factores psicosociales y la importancia de la intervención terapéutica conversacional (Jarne *et. al*, 2006, p.35); sin embargo, debido a su falta de empleo del método científico, no puede considerarse como un modelo propio de la Psicopatología Científica. Se trata de un modelo del cual la PC ha recuperado ideas, como el análisis del potencial de las personas, pero que no forma parte de las clasificaciones ni las descripciones de este campo de conocimiento, antes bien es un modelo alternativo que no provee el mismo tipo de lenguaje común que sí proporciona la Psicopatología Descriptiva.

Modelo integrativo.

Algunos autores consideran que, dado que ninguno de los criterios por sí mismo puede abarcar todas las categorías y explicaciones, es necesario un enfoque integrador. Como señalan Moreno y Ortiz-Tallo (2013) las limitaciones de las explicaciones y las causas individuales de los trastornos desarrolladas en el siglo XIX han hecho que actualmente sean muchos los profesionales de la salud que piensan que para continuar progresando, la ciencia debe adoptar un modelo de explicación integral y holístico (pp.27-28); el mejor modelo explicativo es el que tiene en cuenta las causas biológicas, los aspectos psicológicos y las influencias socioculturales como formas complementarias de interpretar la psicopatología. Para ello, se han desarrollado posturas integrales como el modelo bio-psico-social de Engel, cuyo postulado básico es que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo cual es necesario tener en cuenta todos estos factores en la determinación de una enfermedad y su tratamiento. El modelo bio-psico-social se opone al dualismo mente-cuerpo porque considera los factores sociales, aunque concibe que la relación entre estos factores no es aditiva, sino que interactúan entre sí; empero, no otorga una importancia homogénea a estos factores, sino privilegia algunos en función de la enfermedad (p.28).

El modelo integrativo es ampliamente utilizado en el ámbito clínico dentro de la tradición de la psicología clínica, sin embargo, en los textos esta tendencia no es tan clara, pues cada autor se centra en los factores que considera más importantes según su propio campo de conocimiento. Por

otro lado, las principales clasificaciones apelan a esta integración aunque, como se verá más adelante, privilegian el modelo médico y por tanto los criterios biológicos y el epidemiológico, cuyos criterios son estadísticos. No existe un modelo de psicopatología actual que rebese la dicotomía mente cuerpo, ni que haya logrado una integración cabal de los modelos y factores en su explicación.

Moreno y Ortiz-Tallo también destacan el trabajo de T. Millon en el esfuerzo de integración, pues él concibe que la integración de teorías es fundamental en el estudio de la génesis de los trastornos, particularmente los de la personalidad; considera que el objetivo sería buscar causas diversas que ofrezcan una guía general, amplia y unificadora, por ello hay que reconocer los factores biológicos y sociales; no obstante, Millon privilegia los factores psicológicos en tanto conmina a la integración de las teorías psicológicas en el estudio de los trastornos mentales y de la personalidad (2013, pp.28-29).

Para terminar, es necesario señalar que la tradición de la psicología clínica y de la personalidad se ha caracterizado por estar atomizada, por su falta de producción de artículos y libros con los resultados del trabajo clínico y por su eclecticismo, en buena medida porque el trabajo desarrollado desde el enfoque de la personalidad se circunscribe a su estudio más allá de la psicopatología, y en parte porque la psicología clínica se ha enfocado a la intervención antes que a la investigación. No existe un modelo que pueda considerarse como representativo de la psicología clínica y de la personalidad más allá del modelo integrativo.

La principal aportación de la psicología clínica y personalológica a la tradición de investigación de la psicopatología, en lo referido a la personalidad, radica en la concepción de que determinada estructura caracterológica predispone a experimentar ciertos síntomas, así como a experimentarlos de manera diferente desde un punto de vista fenomenológico del síntoma; uno de los principales desarrolladores de esta perspectiva, y quizás uno de los más influyentes es precisamente T. Millon.

Por otra parte, la psicología de la personalidad aportó también los trastornos de la personalidad a las clasificaciones internacionales, en lo cual quizá tenga que ver la participación de Millon (de acuerdo con Decker, 2013) en la realización de la tercera versión del DSM y a su posición dentro de la APPA, institución a la cuál perteneció desde su fundación y hasta la muerte del autor en 2015.

Tabla 3 Modelos de las cuatro tradiciones de la Psicopatología Descriptiva

Tradición	Modelos	Criterios Principales	Método Principal
Psiquiatría Médica	Biologicista	Clínico	Clínico
	Epidemiológico Psiquiatría Fenomenológica	Biológico Estadístico	Epidemiológico
	Psiquiatría Transcultural	Social Clínico	Clínico Cualitativo
Psiquiatría Psicoanalítica	Psicopatología relacional	Clínico	Clínico
	Psicodinámico	De interferencia	
	Psicopatología del desarrollo	Clínico Estadístico	Clínico Cualitativo
Psicología Académica y Experimental	Cognitivo	Biológico	Cuantitativo
	Conductual	Social	Epidemiológico
	Cognitivo-Conductual	Estadístico	Experimental
Psicología Clínica y Personológica	Humanista	Clínico	Clínico
	Integrativo	De interferencia	Cualitativo
	Teorías de la Personalidad		

Cada uno de los distintos modelos representa las diferentes perspectivas epistemológicas (biologicista, psicoanalítica, cognitivista, conductista, personológica) para aproximarse al problema y los objetos planteados por la psicopatología como Tradición de Investigación, esto es, la anormalidad y los síntomas mentales. Las cuatro tradiciones y sus modelos comparten, además del problema y los objetos, una ontología realista, de acuerdo con la cual la anormalidad, sus causas y sus síntomas, son *materiales*, susceptibles de investigación mediante el método científico (experimental, clínico y epidemiológico), y concibe que estos pueden ser definidos y observados según los criterios y principios delimitados por la tradición de la psicopatología.

Lo que distingue a las cuatro tradiciones y sus modelos es la dimensión y niveles de análisis en que se enfocan, de lo cual derivan explicaciones causales distintas; empero, comparten la aspiración a

la universalidad, el léxico provisto por la Psicopatología Descriptiva (las categorías/definiciones de los síntomas mentales) y sus clasificaciones (DSM y CIE principalmente), así como los supuestos de trasfondo justificados por la Tradición de Investigación Psicopatológica.

CLASIFICACIÓN

Mientras las tradiciones orientan las teorías específicas que se ocupan de la búsqueda de explicaciones causales, representadas por los modelos, para desarrollar predicciones en el curso del trastorno y desarrollo de técnicas de intervención, una parte fundamental del estudio de la psicopatología (especialmente en la tradición psiquiátrica médica), independientemente del modelo adoptado, es la descripción de los síntomas mentales, mediante el lenguaje de la Psicopatología Descriptiva y su clasificación según criterios taxonómicos.

Actualmente CIE y DSM son las dos clasificaciones más utilizadas para el diagnóstico adulto (Jarne *et. al*, 2006, p.39). Pese a tener secciones referidas a los trastornos del desarrollo y de inicio en la infancia o en la adolescencia, estas están basadas en la nosografía del adulto; para trastornos susceptibles de presentarse en cualquier momento del ciclo vital, los criterios diagnósticos están elaborados desde la perspectiva adulta. En Europa se utiliza ampliamente la clasificación francesa de trastornos mentales en el niño y el adolescente (Jarne *et. al*, 2006, p.40).

Ambas clasificaciones constituyen el punto de referencia para la comunicación científica, al proveer un lenguaje común para las distintas tradiciones ocupadas de la investigación en la psicopatología, y los síntomas reconocidos como “legítimos” con base en el consenso de los realizadores de las clasificaciones, y legitimadas por la comunidad de usuarios de las clasificaciones.

Independientemente del modelo y teoría particular, dentro del campo de la PD todos los autores recurren a estas clasificaciones y a los síntomas que agrupan (semiología) para delimitar el trastorno a que se refieren. Los modelos cibernéticos y posmodernos, externos a esta tradición, pueden también recurrir a estos términos para señalar de qué tipo de problemas se habla (cuando señalan a qué discurso pertenece un problema) e inclusive, disciplinas científicas ajenas a la salud

mental pueden utilizarlos⁶². Asimismo, pese a las críticas a que están sujetas estas clasificaciones, para quienes recurren al psicodiagnóstico (en las sociedades occidentales al menos), estas clasificaciones son el estándar internacional al que deben recurrir.

El paso previo a la explicación y la predicción es la descripción y la clasificación (Jarne *et. al*, 2006; Keeley, Morton & Blashfield, 2015). Se han dedicado muchos esfuerzos a encontrar una clasificación adecuada de los cuadros clínicos, necesaria para el avance del campo de la psicopatología (Jarne *et. al*, 2006, p.38). La clasificación ha definido en buena medida el campo de la psicopatología, en tanto estipula el rango de problemas de los que pueden ocuparse las profesiones de la salud mental, basada en las descripciones, establece las bases para la psicopatología científica (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.43).

En el uso popular, diagnóstico, clasificación y taxonomía suelen usarse como términos intercambiables, pero tienen significados separados: los sistemas diagnósticos, llamados clasificaciones, se refieren a la actividad de formar grupos, el diagnóstico es el proceso por el cual los individuos son asignados a un grupo existente, y la taxonomía se refiere a un meta-nivel que estudia cómo los grupos son formados (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.42).

En la década de los sesenta hubo un amplio debate sobre la necesidad y utilidad de las clasificaciones de los trastornos mentales. Los detractores señalaron (Jarne *et. al*, 2006, p.38):

- 1) Inutilidad de las clasificaciones porque no aportan datos relevantes a los problemas concretos de cada individuo.
- 2) Efectos indeseables del diagnóstico provocados por los estereotipos sociales peyorativos sobre la enfermedad mental.
- 3) Las condiciones psicopatológicas afectan la totalidad de la vida de una persona y no pueden ser reducidas a una etiqueta diagnóstica.
- 4) El movimiento *anti psiquiátrico* consideró las clasificaciones como un sistema de control político encargado de detectar y reclutar al sector de la población que presentase conductas distintas a las del grupo de referencia.

⁶² Por ejemplo, cuando Beck (2012) habla de la depresión como característica del proceso de individualización

Aunque Jarne y colaboradores (2006, p.38) consideran que la polémica fue superada y que la crítica ahora se centra en las bases conceptuales de los sistemas de clasificación, las principales clasificaciones, DSM y CIE, sufrieron modificaciones en las décadas posteriores a 1960, tratando de responder a estas críticas e integrando nuevos criterios para el diagnóstico de los trastornos. Para Decker (2013, p.309) el DSM-III puede ser visto como una respuesta radical a la crisis de la psiquiatría, pero el desarrollo del manual tiene raíces anteriores a las críticas, en el seno de la tradición médica continuada en Estados Unidos en Harvard en la década 1930-1940, así como Lamb (2014) considera que la diáspora de Meyer, con un enfoque biológico y social, influyó en la formación de los profesionales que participaron en la elaboración del manual.

Asimismo, como señalan Keeley, Morton & Blashfield (2015) la productividad de las ediciones de las clasificaciones no ha resuelto algunos problemas fundamentales en torno a la clasificación psiquiátrica, tales como la naturaleza de las entidades clasificadas, la definición de lo que es un trastorno mental y los principios nosológicos de la organización de las clasificaciones, la distinción entre normalidad y patología y la validez de muchos diagnósticos; así como tampoco existe consenso en torno a los principios taxonómicos para la clasificación.

Las clasificaciones constituyen un lenguaje común que posibilita la comunicación entre los profesionales; la categoría constituye un código compartido que transmite información sobre los síntomas, etiología (en ocasiones), forma de inicio y pronóstico. Las categorías nosológicas poseen capacidad pronóstica; ante la falta de conocimientos concluyentes sobre la etiología de los trastornos, el curso de los mismos tiene valor para la intervención. Las clasificaciones son un instrumento útil para la investigación, pues los sistemas clasificatorios permiten mejorar los estudios epidemiológicos y evaluar los resultados (Jarne *et. al*, 2006, pp.38-39).

Las metas de las clasificaciones son (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, pp.43-44):

- 1) Proveer una nomenclatura para los practicantes: Una clasificación permite a los clínicos tener un conjunto de conceptos que puede emplear para tener un panorama de la perspectiva clínica y para comunicarse con otros profesionales y no profesionales.

2) Servir como base para la organización y recuperación de la información: Una clasificación estructura la recuperación de la información, pues moldea la forma en que se organizan los conceptos mayores y cómo pueden ser recogidos en la clínica y la investigación.

3) Describir los patrones comunes en que se presentan los síntomas: Establece las bases descriptivas para organizar las descripciones en categorías; esta función (de agrupación) ayuda a transformar los casos individuales en principios y generalizaciones para la investigación y desarrollo del campo científico de la psicopatología.

4) Provee bases para la predicción: Es el aspecto más pragmático de la clasificación desde el punto de vista clínico, pues las clasificaciones muestran la forma en que las personas responden a diferentes tratamientos para determinados diagnósticos, por lo que la clasificación ayuda a pronosticar el curso del trastorno y tratamiento.

5) Formar bases para el desarrollo de teorías: Al proveer descripciones sistemáticas de los fenómenos, una clasificación establece fundamentos para el desarrollo de teorías, y ocupa una posición central en la investigación. El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, por sus siglas en inglés) ha instituido un proyecto a gran escala diseñado para identificar los mecanismos comunes de las psicopatologías para guiar el entendimiento de los trastornos mentales, este proyecto es denominado el proyecto de criterios del dominio de la investigación (*Research Domain Criteria –RDoC–*).

6) Servir a funciones sociopolíticas: Los sistemas de clasificación no existen en el vacío, sino en un contexto de grupos e individuos que buscan beneficiarse de la clasificación; las funciones sociopolíticas de la clasificación no siempre son altruistas, inclusive se ha señalado que tienen como objetivo mantener el poder social de una mayoría marginando y estigmatizando a aquellas personas que caen dentro del dominio de la “enfermedad mental”.

Es decir, las clasificaciones de los síntomas mentales constituyen un esfuerzo por proveer un lenguaje que ayuda a estandarizar el ejercicio profesional, tanto en la investigación como en la intervención clínica; y aunque el objetivo es conocer las causas de la psicopatología y establecer leyes universales, poco se sabe en realidad de la etiología de los trastornos mentales.

El DSM y la CIE son clasificaciones categoriales con un enfoque descriptivo de los cuadros clínicos (Jarne *et. al*, 2006, p.40; fulanos, años). Tanto el DSM como la CIE tienen un enfoque categorial de clasificación de los trastornos, esto es, cada trastorno se identifica como una categoría diagnóstica que está limitada por rasgos definitorios, un conjunto de síntomas y descripciones clínicas. Cada categoría es una entidad separada con límites claros, aunque “en la realidad, los diversos trastornos no se presentan de una forma tan clara como proponen las clasificaciones categoriales” (Jarne *et. al*, 2006, p.40).

Las clasificaciones, además, tienen un enfoque descriptivo, también llamado atórico, que clasifica y agrupa los trastornos en función de las características clínicas observables, “no según causas psicodinámicas imaginadas, sociales o biológicas, es decir según hipótesis etiológicas” (Jarne *et. al*, 2006, p.41). CIE y DSM agrupan diferentes categorías diagnósticas independientemente de que tengan una etiología común. Las categorías diagnósticas referidas a los distintos trastornos se definen con base en signos y síntomas identificables; las manifestaciones observables que caracterizan cada trastorno se denominan *criterios operacionales de diagnóstico* en el DSM y *pautas para el diagnóstico* en la CIE; estos criterios y pautas son “reglas de aplicación” (Berrios, 2008, 2011, 2013) de la psicopatología descriptiva.

Pese a la pretensión del DSM y la CIE de ser atóricos, a ambos manuales subyace el modelo médico con tendencia al biologismo, el apartado de trastornos mentales de la CIE está en una clasificación de enfermedades, y el DSM es realizado por psiquiatras (Jarne *et. al*, 2006, p.41). Las categorías actuales son principalmente categorías del modelo médico. En parte, porque la tercera edición del DSM fue una reacción al modelo psicodinámico y a la antipsiquiatría (Keeley, Morton & Blashfield, 2015).

Clasificación Internacional de Enfermedades

Actualmente se encuentra disponible la décima edición de la CIE, publicada en 1992, y la 11ª está programada para 2017. En esta edición, para la OMS un “trastorno” se refiere a un cuadro clínico, sujeto a la definición de lo que se tome por “práctica” y “observación” clínica, a lo que autoinforme el consultante (síntoma) y lo que sea visible para el profesional (signo). No hay una definición homogénea, o clara, de lo que es un trastorno.

La CIE se organiza presentando una lista de las categorías diagnósticas seguida de las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (Jarne *et. al*, 2006, p.42). Las categorías diagnósticas se refieren a los diversos trastornos mentales que se pueden presentar, y aparecen agrupados en distintas secciones de acuerdo con el parecido de sus síntomas. Cada categoría es identificada con la letra F y un código numérico⁶³.

Cada trastorno va acompañado por la descripción de sus características clínicas principales y secundarias. Las pautas para el diagnóstico indican el número de síntomas específicos requeridos para el diagnóstico del trastorno. Las descripciones y pautas de los trastornos no están fundamentadas en presupuestos teóricos, sino que han surgido del consenso de asesores clínicos e investigadores consultados por la OMS (Jarne *et. al*, 2006, p.43).

Actualmente está preparándose el lanzamiento de la 11ª edición de la CIE, basada en una serie de estudios de salud mental realizados principalmente por psiquiatras y psicólogos para revisar los supuestos de trasfondo de la clasificación, y que promete mejorar la organización del manual, aunque propone cambios similares a los realizados en el DSM-V (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.49).

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

El DSM (por sus siglas en inglés) es la clasificación de los trastornos mentales propuesta por la *American Psychiatric Association* (APA). Es el sistema de clasificación más utilizado para la práctica clínica, la investigación y la docencia (Jarne *et. al*, 2006, p.44); cuenta con cinco ediciones originales y dos revisadas.

El DSM informa para cada trastorno, además de las categorías o criterios diagnósticos, información de subtipos, síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo, prevalencia e incidencia, patrón familiar y diagnóstico diferencial (Jarne *et. al*, 2006, p.49).

Un aspecto importante de las clasificaciones “ateóricas” es que presentan diferencias en función de la cultura y del sexo. Esta distinción es ya un compromiso ontológico y teórico, pues supone

⁶³ Un ejemplo de que hay teoría es que los trastornos de la personalidad no se diagnostican en menores porque la teoría de la personalidad indica que ésta no se termina de desarrollar hasta cerca de los 21 años.

que las diferencias sexuales, cerebrales y fisiológicas, entre el hombre y la mujer (neuroanatómicas y hormonales) producen distintos trastornos, sintomatología y prevalencia de los trastornos, aunque no se cuestiona si estas diferencias tienen que ver con las distintas prácticas culturales asignadas en función de los roles de género; es decir, no se cuestiona si la causa de las diferencias en la prevalencia o síntomas de los distintos trastornos es precisamente la diferenciación en los roles sociales de género.

En 2013 fue publicada la quinta versión del manual, que abandonó el sistema multiaxial de las cuatro ediciones anteriores (las versiones originales de la tercera y cuarta edición y sus versiones revisadas), e integró todos los diagnósticos en una sola sección (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.49). La versión final del DSM-V contiene 584 categorías diagnósticas (el DSM-IV tenía 357) y 947 páginas frente a las 886 del DSM-IV, en contraste, el número de categorías con criterios diagnósticos pasó de 201 del DSM-IV a sólo 138 en el DSM-V (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.49).

Los cambios realizados en el DSM-V buscaron mejorar la evaluación de la disfunción para ajustarse a la adopción del modelo de discapacidad propuesta por la Organización Mundial de la Salud en el Programa de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization Disability Assessment Schedule –WHODAS–*), agregar el diagnóstico de espectro, para brindar alternativas dimensionales al diagnóstico categorial, y el de informar sobre hallazgos empíricos y no sólo agrupar las categorías por su similitud fenomenológica (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.49).

Un aspecto relevante de las últimas versiones del DSM, es que recogen trastornos de origen psicogénico y de la personalidad, es decir, pese a su fuerte tendencia dentro de la tradición de la psiquiatría médica, reconoce la existencia de trastornos modelados por las tradiciones de la psicología clínica y personológica y de la psicología académica-experimental.

Críticas a las clasificaciones contemporáneas

A lo largo del siglo XX surgieron críticas de diversa índole a los actuales sistemas de clasificación, entre las cuales Millon (1981, pp.14-15) destaca las de Arthur P. Noyes (1935, vertiente psicodinámica), para quien exceptuando las enfermedades orgánicas el sistema clasificatorio resulta menos importante que el estudio psicodinámico de la personalidad y comprender a la persona enferma en términos de su experiencia vital, pues concibe que hay un esfuerzo innecesario al hacer encajar los síntomas con la clasificación; la de Roe (1949) quien indicó que se ha perdido mucho tiempo en la investigación y se han cometido muchos errores porque los investigadores persistieron en una clasificación que “ya ha sobrevivido lo suficiente”, postura opuesta a la de Paul Meehl (1959), psicólogo, para quien la viabilidad de la nomenclatura de Kraepelin radica en que su sistema contiene verdad y el empleo de sus etiquetas continúa siendo eficaz.

Millon destaca también las críticas de Karl Menninger y Thomas Szasz (ambos psiquiatras norteamericanos), las cuales cuestionan la utilidad de la nosología psiquiátrica tradicional; Menninger subrayó que todas las enfermedades son semejantes y sólo difieren entre sí cuantitativamente en función de la fase en que se encuentre de su progreso, mientras Szasz cuestionó la validez de las categorías contenidas en las clasificaciones, en tanto proveen una impresión –falsa– de que la palabra en cuestión designa un grupo homogéneo de fenómenos (Millon, 1981, p.15).

Una crítica llevada a cabo por Maj (2007), se orienta al problema de la “comorbilidad”, puesto que el enfoque categorial supone que cada trastorno es una entidad independiente y delimitada, que incluye una serie de síntomas y no otros, el sistema categorial de clasificación lleva a la elaboración de múltiples diagnósticos para una sola persona, lo que se denomina “comorbilidad”, fenómeno que, a partir del auge de las clasificaciones categoriales, se elevó significativamente en términos estadísticos. Maj propone que la comorbilidad no permite explicar ni comprender la existencia de multiplicidad de síntomas ni sus relaciones, por lo cual las clasificaciones categoriales resultan ineficaces para la investigación y explicación de los trastornos mentales.

Un problema derivado del DSM-III fue que impulsó un estilo de diagnóstico de “*checklist*”, por el cual los diagnostas únicamente buscan el cumplimiento de los criterios diagnósticos sin atender el contenido del síntoma, ni siquiera buscar profundizar la comprensión de la etiología de los mismos

(Berrios, 2008, 2011, 2013, 2015). Además, este modelo se ve profundizado por los intereses que las aseguradoras y las farmacéuticas tienen en la delimitación categorial de los trastornos mentales (Decker, 2013, pp.329-330).

Otra crítica realizada al DSM-III y a sus versiones posteriores es que muchas de las categorías diagnósticas están basadas en criterios clínicos discutidos a puerta cerrada por los comités, carentes de respaldo empírico en investigaciones o publicaciones. A este respecto, Decker (2013) considera que es porque muchas de las decisiones tuvieron que tomarse con base en preocupaciones clínicas que no habían sido investigadas. No obstante, el peligro radica en que ello no aporta una mejor comprensión de las psicopatologías (Berrios, 2007, 2008), y conlleva a la patologización de la normalidad (Frances, 2013).

Tras la publicación de la quinta edición del manual, hubo un llamado a abandonar su empleo para la intervención y la investigación, realizado casi simultáneamente por el Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense (NIMH) y por la sociedad británica de psicología clínica (Linares & Soriano, 2013), debido tanto al incremento de las categorías como a la falta de sustento en la investigación de muchas de ellas. Nuevamente, la crítica implícitamente supone una patologización de la normalidad y una falta de utilidad para un mejor entendimiento de los trastornos mentales.

Berrios (2007), considera que es necesario crear un metalenguaje de la psicopatología que pueda hacer frente a la estructura de los síntomas, los cuales deben verse como compuestos dimensionales, organizados jerárquicamente y que pueden ser moldeados matemáticamente; asimismo, considera que el síntoma mental, el objeto de estudio de la psicopatología, debe ser considerado como heterogéneo e híbrido, con componentes sociales, psicológicos y biológicos, por lo que su perspectiva supone que la semiología mental contemporánea (PD) y las clasificaciones no son lo suficientemente útiles para la investigación ni para la clínica.

Con todo, pese a las limitaciones de la clasificación del DSM, este texto tiene una amplia influencia en la vida cotidiana, es coloquialmente llamado “la Biblia” de la psiquiatría, se recurre a él a través

de internet por parte de personas ajenas al campo de la salud mental para auto-[mal]-diagnosticarse y a menudo es invocado para asuntos legales y burocráticos (Decker, 2013)⁶⁴.

Por su parte, Keeley, Morton & Blashfield (2015), han identificado un conjunto de problemas taxonómicos relacionados con la clasificación. Un primer problema referido a la taxonomía, es decir, la forma en que se agrupan los síntomas tiene que ver con la distinción entre síndrome, trastorno y enfermedad. Los tres términos se refieren a diferentes supuestos acerca de la naturaleza de la categoría que describen.

Un segundo problema se refiere a la distinción entre la clasificación de los trastornos frente a la clasificación de los individuos. Los autores del DSM-IV adoptaron una posición explícita sobre este tópico; señalaron que un malentendido es que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas, cuando lo que en realidad se clasifica son los trastornos que las personas tienen, por ello, el DSM-IV-TR utilizó términos como “individuo con esquizofrenia” en lugar de “esquizofrénico” (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.50). Aunque el DSM-IV-TR adoptó esta posición para evitar el problema del estigma, los trastornos mentales se refieren ampliamente a aspectos indeseables de la condición humana, al mismo tiempo que resulta contrario al sentido común decir que la clasificación se refiere a trastornos y no a individuos (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.50).

Un tercer problema en torno a la clasificación (y ulteriormente a la descripción) se vincula con la falta de definición de lo que es un trastorno mental.

Wakefield (1992, 1993, 1999; citado en Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.51) propuso una definición alternativa de trastorno mental, como disfunción dolorosa, en donde los trastornos mentales son considerados como fallos en los mecanismos internos para desarrollar las funciones naturales del organismo; Wakefield y otros autores han argumentado que los valores y la ciencia han sido componentes fundamentales de los manuales a partir de la definición de categorías y trastornos mentales a través de los criterios de significancia clínica.

⁶⁴ Recientemente una nota en internet, a propósito de un caso de suicidio homicidio en la CDMX, negaba la existencia del Síndrome de Alienación Parental, reconocido en el código civil de la Ciudad de México, porque no figura en el DSM-V.

La significancia clínica no es un concepto definido, sino que requiere la decisión subjetiva del clínico en atención a los síntomas que requieren atención clínica; por ello, para una clasificación que busca la objetividad y estar libre de interferencias subjetivas, la inclusión explícita de la subjetividad en la definición de los trastornos mentales es un problema (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, p.51).

Finalmente, otro problema taxonómico se refiere a las cuestiones metodológicas y de medición, vinculadas a la confiabilidad y la validez de las clasificaciones y sus constructos, así como a los problemas derivados de la superposición de diagnósticos, pues es frecuente que las personas cumplan criterios diagnósticos para más de un trastorno (Keeley, Morton & Blashfield, 2015, pp.57-62).

En última instancia, como señalan Keeley, Morton & Blashfield (2015, p.64), no hay una aproximación perfecta para la clasificación, cada enfoque tiene sus propios alcances y limitaciones, la meta del campo de la salud mental es establecer cuál es el mejor modelo para alcanzar las metas de la disciplina, que sea compatible con sus valores.

Por su parte, Frances (2013) considera que el DSM-V va en contra de los objetivos de la Psicopatología Descriptiva, en la medida en que clasifica problemas de la vida cotidiana, mientras la aspiración de la PD es precisamente describir la anormalidad y no patologizar la normalidad. En este tenor, Decker (2013) señala que el problema de la clasificación es que no sólo debe responder a cuestiones médicas, sino también éticas y sociales, y que, en última instancia, con las incorrecciones que pueda tener, el objetivo principal del trabajo clasificatorio es aliviar el sufrimiento.

FUNCIÓN HEURÍSTICA Y FUNCIÓN DE JUSTIFICACIÓN DE LA TRACCIÓN DE INVESTIGACIÓN METATEÓRICA DE LA PSICOPATOLOGÍA: LOS SUPUESTOS NO PROBLEMÁTICOS DE LA TRADICIÓN

Como se indicó en el capítulo 1, Laudan (1977) señala que además de las funciones constrictivas, hay una función heurística y una función de justificación de las tradiciones de investigación, que permiten que los investigadores no tengan que detenerse a definir y explicar ciertos supuestos pues precisamente son validados por la TI (supuestos no problemáticos).

Dentro de los supuestos no problemáticos⁶⁵, existen aquellos que son propios del campo de conocimiento, que Ritzer denomina “supuestos de dominio”. Estos supuestos de domino son compartidos por los distintos modelos de las cuatro tradiciones de la psicopatología, pueden identificarse ideas en torno a la mente, el desarrollo, la adaptación, la consciencia, la realidad como cognoscible, el punto de vista privilegiado del experto y el experto libre de valores.

Pese a las diferencias en el nivel de análisis y de explicación etiológica, los modelos comparten una visión sustancialista que no sólo concibe la posibilidad de establecer leyes de causa y efecto, sino que asumen además la existencia de una naturaleza humana armónica, es decir, implícitamente conciben la posibilidad de una naturaleza humana cuya trayectoria está orientada (teleológicamente) hacia la salud y el equilibrio, y por tanto la psicopatología es una “desviación” de esa trayectoria normal.

En primer lugar, propone la existencia de la “mente”, como entidad en que se manifiestan el pensamiento y la emoción, resultado de procesos fisicoquímicos neuronales (sinapsis), pero también dotados de contenidos semánticos culturalmente aprendidos. La mente no es observable, sino a través de la conducta manifiesta, el comportamiento, que vuelve observable tanto las emociones como las ideas, y a través del acto del habla o discurso, que permite conocer el pensamiento. Así pues, la mente es la unidad fundamental en la que ocurren y se controlan las ideas, los sentimientos y los comportamientos de las personas. Hay pocas y pobres definiciones de la mente, pues se “da por sentada” su existencia y definición. En este sentido, el desarrollo de la “filosofía de la mente” como parte de la “filosofía moral” permitió el desarrollo de la

⁶⁵ Siguiendo la propuesta de Laudan (1977) sobre los tipos de supuestos de las tradiciones de investigación.

Psicopatología Descriptiva por lo que, como tradición ha omitido (y sus autores omiten) su definición, que estaba justificada por el aparato filosófico que la precedió.

De igual manera, hay un trasfondo que supone la existencia de una realidad cognoscible a través de la consciencia (que está en la mente) y una capacidad inherente a la humanidad de adaptarse a tal realidad. La noción de que una persona sea consciente de sus capacidades y pueda afrontar las tensiones normales de la vida, tiene que ver con las ideas subyacentes de ajuste y adaptación a la realidad y a la vida cotidiana. El ajuste a la realidad se refiere a la percepción de los objetos externos al individuo, de manera no alterada, que permite que estos reconozcan lo que está fuera de ellos y, al mismo tiempo, sean capaces de ser conscientes de su propia existencia. Es ésta una ontología que supone la existencia de un mundo externo objetivo que puede ser percibido por las personas a través de sus sentidos, y ser organizado en *su mente* como conjunto de objetos diferentes y externos a su consciencia.

La consciencia misma y su relación con la mente, aunque ha sido una noción desarrollada en el ámbito filosófico, no ha sido aclarada por la Psicopatología Descriptiva por lo que, a pesar de requerir una fundamentación, ha sido abordada como supuesto no problemático, se da por sentada, justificada por la tradición.

La adaptación implica que, a partir de este ajuste a la realidad, la persona tenga una sensación de bienestar y sea capaz de desenvolverse en su vida cotidiana garantizando su sobrevivencia (la noción de adaptación estuvo fuertemente influida por el darwinismo); en tanto el medio social involucra relaciones interpersonales y demandas productivas (no sólo biológicas), la adaptación involucra la “conducta adaptada”, que se relaciona con el cumplimiento de expectativas sociales referidas al respeto a las normas implícitas (convenciones, etiqueta, usos y costumbres, etc.) y explícitas (leyes) de la sociedad en que se desenvuelve el individuo.

La “desviación” en el ajuste a la realidad o la adaptación en la vida cotidiana, con respecto a la norma social, se considera como “anormalidad”. Y en esta misma línea, existe la creencia de que esta adaptación a la realidad está vinculada con el desarrollo (evolutivo) de las personas. Bajo la influencia del paradigma evolutivo en las teorías psicológicas y médicas, la Psicopatología Descriptiva propone que las desviaciones cognitivas (de ajuste) y adaptativas son “anormales”. Desde el punto de vista evolutivo, las personas cumplen fases de desarrollo a lo largo del ciclo

vital, durante las cuales se espera que transiten de un estadio a otro cumpliendo ciertos criterios, si el desarrollo individual se presenta de manera esperada, entonces se hablará de desarrollo normal; en cambio, si hay alteraciones en lo que se espera se cumpla como fase del desarrollo se habla de desarrollo anormal.

En términos psicobiológicos⁶⁶, se considera el desarrollo como un proceso que va desde el nacimiento y hasta la constitución completa del aparato psíquico, por lo que se considera como desarrollo exclusivamente el periodo de la infancia y la adolescencia. Desde la perspectiva del desarrollo es que surgen y se agrupan los “trastornos del desarrollo” como anomalías relacionadas con el ciclo vital de los individuos. Los trastornos que se presentan durante la etapa adulta serán, simplemente, “trastornos mentales”.

Gergen & Kaye (1992, p.202) señalan que la profesión de la salud mental comparte los supuestos modernistas en torno a la ciencia, esto es, se considera que por su formación científica el profesional está bien provisto de conocimiento, y su aprobación profesional proviene de la validación por parte de sus pares (capital simbólico y capital social en el campo científico). Con respecto a los profesionales que realizan el diagnóstico, existen supuestos en torno a la neutralidad de los valores, basados en el imaginario científico de la objetividad; sin embargo, como señala Berrios (2008) la observación clínica “nunca es una actividad cognitivamente inocente” (p.26). Estos supuestos son:

1. “El ojo de Dios”. Punto de vista privilegiado del experto: Desde el punto de vista empirista tradicional, se considera que el observador científico es objetivo, y que su formación garantiza una observación que refleje la realidad. En este caso, se asume que los profesionales de la salud mental son capaces de observar evidencias objetivas de los trastornos mentales, ya sea que éstas se presenten de manera directa al observador (signos) o que sean informadas a éste por parte del consultante (síntomas). Además, se asume que el experto es capaz de distinguir cuáles son los elementos significativos para el tratamiento, de manera objetiva (criterios clínicamente significativos).

⁶⁶ La influencia de Meyer fue esencial en este aspecto.

2. Experto libre de valores: A su vez, se asume que esta objetividad del experto en salud mental es derivada de su neutralidad valorativa. Se parte del supuesto de que el observador está libre de valores y, por lo tanto, organiza la información jerárquicamente sólo con base en criterios objetivos, científicos.

DIMENSIÓN INTERNA SOCIAL: INSTITUCIONALIZACIÓN ACTUAL DE LA PSICOPATOLOGÍA

Como se ha visto, la Psicopatología como campo de conocimiento ha dependido de su elaboración dentro de la psiquiatría (médica y psicodinámica) y las tradiciones psicopatológicas en psicología (clínica y personalógica y académica-experimental). Aunque no existe propiamente una teoría de la institucionalización, Platt (2000, pp. 72-87), propone rastrear la institucionalización de acuerdo con la presencia de:

- Asociaciones: Existen cinco asociaciones internacionales y nacionales de psicopatología, que son la “Asociación Europea de Psicopatología”, la “*American Psychopathological Association*” (APPA) y “*The Society for Research in Psychopathology*” (SRP) de Estados Unidos de América, la “Asociación de Psicopatología y Psiquiatría de la infancia y la adolescencia” de Uruguay y la “Asociación de Psicopatología Fundamental” de Brasil. Por otro lado, el psicoanálisis es un modelo diseñado específicamente para el estudio y tratamiento de la psicopatología⁶⁷, desde este punto de vista, las sociedades y asociaciones psicoanalíticas son asociaciones de psicopatología; la primera asociación psicoanalítica se fundó en 1910.
- Puestos y cursos en la Universidad: La Psicopatología comprende cursos en las universidades como parte de la formación en la psiquiatría y en la psicología clínica. Existe en Zúrich un departamento de psicopatología en la facultad de filosofía de su universidad; en otras, es una

⁶⁷ El psicoanálisis surgió en el seno de la medicina para explicar enfermedades cuyos efectos corporales se atribuyeron por Freud a la psique. A lo largo de los años las escuelas que se han creado y han mantenido esta tradición de pensamiento han abordado el problema de las neurosis y psicosis, su formación, desarrollo y tratamiento. El psicoanálisis es un modelo teórico para abordar las enfermedades “psíquicas”, por lo tanto, es un modelo de psicopatología.

línea de investigación seguida por agentes adscritos a la institución, y nada más. Existen evidencias de la existencia de “colegios invisibles”, como el círculo de estudio y discusión que menciona Berrios (2011) o las colaboraciones para publicaciones de libros de Psicopatología Descriptiva. Puede considerarse que no hay un reconocimiento formal en términos de formación profesional en Psicopatología, pero sí como formación especializada dentro de las universidades, como cátedra regular que se imparte.

- Revistas: Actualmente existen revistas especializadas en Psicopatología, aunque son pocas en comparación con el volumen de revistas de Psiquiatría y Psicología. Las publicaciones exclusivamente de psicopatología se han llevado a cabo desde del siglo XIX en forma de libros, tratados, clasificaciones y artículos. En el caso de las revistas, además de las revistas especializadas en psicopatología, existe una categoría de clasificación con el rubro de “*psychopathology*” de las publicaciones indizadas en repositorios; y, en general, las publicaciones se realizan también en revistas y libros de psiquiatría y psicología. Por su parte, las publicaciones de la APPA son publicadas por *Oxford University Press* como libros. En cuanto a revistas, estas son:

1. Acta Psychopathologica- Estados Unidos.
2. Cuadernos de psicología médica, psicopatología e psiquiatría- Brasil.
3. *Development and Psychopathology Journal*- Estados Unidos.
4. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*- Estados Unidos.
5. *Journal of Psychopathology*- Italia.
6. Psicopatología- España.
7. Psicopatología clínica legal y forense- España.
8. *Psicopatología do Desenvolvimento*- Brasil.
9. *Psicopatología Fenomenológica Contemporánea*- Brasil.
10. *Psychopathology*- Alemania.
11. Revista de psicopatología y psicología clínica- España.
12. Revista de psicopatología y salud mental del niño y el adolescente- España.
13. Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental- Brasil.

- Reconocimiento formal (títulos, grados, congresos): La psicopatología no se imparte como carrera profesional, y cuenta con sólo un congreso internacional, el “Congreso Internacional de Psicopatología Fundamental” organizado por una asociación brasileña⁶⁸, al cual asisten profesionales de la psiquiatría, la psicología y miembros de la *Asociación de Psicopatología Fundamental*, con sede en Brasil. Sin embargo, existen departamentos de psicopatología en los hospitales, y es el tema de congresos de psiquiatría y de psicología.

En cuanto a su presencia y reconocimiento en instituciones ajenas a la Universidad, la Psicopatología Descriptiva se encuentra como departamento en institutos de salud mental y hospitales. Y como tema de investigación en la *American Psychiatric Association* (APA) – cuyos asociados actualmente pertenecen 100 países diferentes y no sólo a los Estados Unidos de América según la página web de la asociación–, aunque es necesario precisar que, en tanto en Estados Unidos la PD es considerada como la investigación básica de la psiquiatría, no es nombrada como Psicopatología Descriptiva, sino genéricamente como investigación psiquiátrica⁶⁹. También consta de un departamento en la *World Psychiatric Association*, que cuenta con presencia en 118 países⁷⁰.

También se encuentra como tema de investigación en la *American Psychological Association* (APA) en Estados Unidos, diseminada entre las publicaciones catalogadas en diferentes tópicos⁷¹, y en la OMS específicamente en el área encargada de salud mental (Departamento de Salud Mental y Toxicomanías).

- Investigación empírica: La Psicopatología Descriptiva se ha trabajado a partir de estudios empíricos. Actualmente se desarrollan estudios en los ámbitos de la psiquiatría y la psicología orientados al estudio de: marcadores biológicos para el desarrollo de trastornos mentales; factores de riesgo social para el desarrollo de trastornos mentales; curso de trastornos en niños,

⁶⁸ Fuente: http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/VII%20Congresso/Argumento_ES.pdf

⁶⁹ Fuente: <https://www.psychiatry.org/> Consultado en febrero de 2017

⁷⁰ Fuente: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=4 Consultado en febrero de 2017

⁷¹ Fuente: <http://www.apa.org/search.aspx?query=psychopathology> Consultado en febrero de 2017

adolescentes y adultos; entre otros rubros. Una búsqueda realizada en *Web of Science*⁷² con la palabra “psychopathology” en el título del artículo durante el periodo de 2014 a octubre de 2016 arrojó más de 800 artículos, de los cuales 416 eran resultado de estudios empíricos.

En resumen, la Psicopatología no cumple por completo con los criterios sociológicamente planteados para ser considerada como una disciplina institucionalizada, pero sí satisface algunos de ellos, lo que indica una institucionalización parcial de este campo de conocimiento. En virtud de lo anterior, se propone que la psicopatología no logró consolidarse como disciplina académica, pero como disciplina intelectual ha servido como matriz que orienta la investigación en las tradiciones de la psicología y la psiquiatría que se ocupan del estudio de la psicopatología o la anormalidad.

Así pues, el objeto de estudio de la Psicopatología Descriptiva es la anormalidad, y para delimitarla plantea criterios y principios que establecen los problemas de investigación, señala entonces qué hay y cómo puede observarse. La unidad de análisis del objeto son los síntomas mentales, que cuando son observados por el experto se definen como signos (objetivos), y para su investigación existen métodos y técnicas aceptados por la tradición para reconocerlos; los síntomas son considerados como constituidos por tres dimensiones: biológica, psicológica y social. Estos elementos (objeto, reglas de aplicación y métodos) forman parte de la función constrictiva de la Tradición.

Asimismo, la PD cuenta con tradiciones que desarrollan el estudio de la anormalidad mental y modelos, que constituyen representaciones de la tradición (*exemplars*). A lo largo del siglo XX, estos modelos se han diversificado a partir de la hibridación de las tradiciones de la psicopatología con nuevas teorías, pues el objetivo principal de las teorías específicas es responder a los supuestos de la tradición que requieren fundamentación, esto es, las causas de los trastornos mentales, curso y tratamiento.

Pese a las diferencias entre los distintos modelos, la Psicopatología Descriptiva, como parte de su función heurística, provee un lenguaje compartido, la semiología (los síntomas mentales y su

⁷² En octubre de 2016 se realizó una búsqueda y una base de datos con los resultados.

descripción), las clasificaciones y supuestos de dominio (supuestos no problemáticos), que permiten tanto la comunicación científica como la posibilidad de que las teorías específicas no requieran describir ni justificar estos supuestos.

Además, las clasificaciones internacionales (CIE y DSM), así como la continuidad histórica de su estudio, en revistas y textos científicos, dan cuenta de la institucionalización parcial de la Psicopatología Descriptiva, concebida como parcial por cuanto no se consolidó en términos académicos.

El DSM y la CIE, dan cuenta de la institucionalización de la Psicopatología, especialmente porque los textos ocupados de la comunicación científica de la PD, dentro de las cuatro tradiciones, recurren a estas clasificaciones para definir y delimitar tanto el objeto de estudio como los trastornos y sus síntomas.

Lo anterior implica que, como tradición de investigación la Psicopatología Descriptiva, como campo de los síntomas mentales, ha orientado la clasificación de los trastornos mentales y el trabajo en los campos de investigación y ciencia aplicada de la psiquiatría y la psicología anormal en la tradición académica-experimental y en la tradición de la psicología de la personalidad y clínica, como directriz de los temas de investigación y los métodos que pueden aplicarse, problemas que deben o pueden abordarse, justificación de los supuestos de trasfondo y de los objetos (ontología) que constituyen los trastornos mentales. Es decir, la Psicopatología Descriptiva ha valido como Tradición de Investigación Metateórica.

DISCUSIÓN

A lo largo de este trabajo se han descrito la historia de la Psicopatología Descriptiva y sus elementos constitutivos, sin ahondar en las críticas que se han alzado contra sus constructos y función extrateórica dentro del campo de la salud mental. Por ello, a continuación se presentan brevemente algunas de las principales críticas realizadas y las posibles líneas de investigación que se desprenden de ellas.

En primer lugar, aparecieron las críticas de los modelos sistémicos, que desplazaron la patología del individuo (psicopatología) al sistema familiar, pues tomaron como fundamento las teorías sistémicas y cibernéticas; esta postura llevó a la creación de las terapias sistémicas, que consideran los síntomas como expresiones de disfunciones sistémicas, es decir, la patología es familiar (Hoffmann, 2012).

En segundo lugar, se encuentran las críticas realizadas a la PD como dispositivo de poder. En la década de 1980, una corriente alternativa comenzó en el ámbito de la psicoterapia, la de las terapias narrativas y posmodernas, que no sólo negaron la posibilidad de entender la psicopatología según los criterios de la ciencia moderna sino que, además, por la influencia del pensamiento feminista y de Foucault, asumieron el diagnóstico psicológico como un dispositivo de poder. Las terapias posmodernas comenzaron a centrarse en los discursos sociales y el ejercicio del poder, por lo que no utilizan la Psicopatología Descriptiva para la intervención clínica (Biever *et. al.*, 2005; Vayreda, Tirado & Domènech, 2005; O'Hanlon, 2003; Andersen, 1994; MacNamee & Gergen, 1992; Gergen & Kaye, 1992; Tomm, 1992).

Estas críticas, que se suman a las voces de las de la antipsiquiatría, se centran en el uso y función de la PD para preservar el estatus quo y en las prácticas de psicodiagnóstico e intervención como formas de ejercicio del poder para mantener las posiciones dominante/dominado en el campo social o de la vida cotidiana, el equivalente a lo que Bourdieu denomina como “violencia simbólica” en la medida en que las personas colaboran en mantener esta condición (Bourdieu & Wacquant, 2005). En este tenor, Andersen (1994) ha criticado también la asimetría de poder que lleva a que la psiquiatría sea la encargada de la formación de profesionales de la salud mental en países como Noruega.

Finalmente, también en las últimas décadas, se encuentra la crítica por parte de psicólogos y psiquiatras a la incapacidad de los modelos para abarcar el objeto híbrido (bio-psico-social) que es el síntoma, por lo que actualmente distintos autores llaman a la búsqueda de un modelo integrativo y a la actualización de la Psicopatología Descriptiva, en términos epistemológicos y de clasificación (Kirmayer, Lemelson & Cummings, 2015; Moreno & Ortiz-Tallo, 2013; Berrios, 2007, 2008, 2015; Jarne *et. al*, 2006; Millon, 1981).

Un problema no abordado en esta investigación es la estabilidad de la PD desde el siglo XIX, como sistema cognitivo que se mantiene vigente gracias a la comunidad de usuarios, pues no es posible saber si dicha estabilidad se debe a sus constructos y la falta de competidores o bien a la asimetría de poder que lleva a que el discurso de la psiquiatría y la psicología, de la psicopatología, se imponga a otros discursos.

El terapeuta, observador no neutral, tiene un papel fundamental en el diseño de las clasificaciones y la negociación de la forma del síntoma, como experto y como diagnosta que provee estadísticas (datos epidemiológicos) al mismo tiempo que es él quien aplica este conocimiento en el ámbito diagnóstico. Lo cual supone una especie de redundancia, pues el experto recurre a las clasificaciones para diagnosticar, al hacerlo provee estadísticas, que como aportaciones de la comunidad de usuarios y casos de incidencia legitiman la existencia del trastorno o síntoma clasificado, por lo que permanece en la clasificación.

Esto es así porque el experto traduce el lenguaje cotidiano al “sentido técnico” (García, 2013), por lo cual, la experiencia y sentido subjetivamente atribuido se pierde en la categoría de la clasificación; virtualmente, cualquier emoción, discurso o conducta descritos por la persona pueden ser nombrados como síntoma por el experto. Así pues, incidencia y prevalencia pueden depender más de la clasificación que de los casos.

Gergen & Kaye (1992, p.211) señalan que la historia narrada por el consultante es una acción situada, que crea mantiene o altera los mundos de la relación social. Esta narración es traducida por el experto al lenguaje de la Psicopatología Descriptiva, en donde se vacía de su contenido y de su significado situacional, y éste significado es reemplazado por categorías que se centran en la forma y que aspiran a la universalidad, no en las necesidades individuales.

Esta cuestión escapa a los límites de la presente investigación, sin embargo debe considerarse como un problema de investigación en el campo de la salud mental, pues Decker (2013), Jarne y sus colaboradores (2006), Keeley, Morton & Blashfield (2015) y Moreno y Ortiz-Tallo (2013) señalan que el objetivo de la descripción y clasificación de los síntomas mentales (de la Psicopatología Descriptiva) es aliviar el sufrimiento de las personas, y acusan a los críticos de ignorarlo; en cambio, los críticos posmodernos acusan precisamente que este cuerpo de conocimiento ignora el sufrimiento humano.

Quizá porque la PD se ha centrado más en cumplir los criterios de la comunicación científica, según los estándares desarrollados desde el siglo XIX, resulta eficaz para este objetivo, opacando su función en la intervención. No obstante, queda claro que se trata de una disputa interna al campo de la salud mental que implica en consecuencia las distintas formas de capital internas al campo científico, así como pone de relieve la posición de poder que la tradición de la psicopatología ocupa en términos académicos y de salud pública, pues es el lenguaje a través del cual se clasifica y diagnostica los padecimientos psicoemocionales de las personas, y en ocasiones a las personas mismas.

Pese a su presencia en el conocimiento social, en las instituciones y en las clínicas, la Psicopatología Descriptiva es más un poder oculto, pues por su opacidad en la construcción del conocimiento y en su calidad de institucionalización parcial normalmente se ve subsumida al ámbito disciplinar, de modo que se culpa a la psiquiatría o a la evaluación psicológica “tradicional” antes que a su cuerpo de conocimiento.

En cierta medida, tal vez ello le da márgenes de libertad más amplios en tanto la falta de consenso sobre su definición, los nombres diferentes en función de la disciplina y la falta de institucionalización académica, permite que algunos supuestos de esta tradición queden justificados sin atravesar por un debate amplio entre las disciplinas de que se nutre este campo, antes bien, las distintas disciplinas se ocupan de su propio objeto, por lo que la Psicopatología Descriptiva se da por justificada.

Sin embargo, la incapacidad de explicar el síntoma y el trastorno mental desde una sola perspectiva dan cuenta de la necesidad de integración y amalgamamiento en términos de desarrollo científico (inclusión de discursos de otros campos y revisión de los supuestos meta-disciplinares) para

actualizar los supuestos de la PD y visibilizar los criterios normativos subyacentes a la construcción de las tradiciones que han sido repetidos desde el siglo XIX, a fin de que no sólo se actualice el lenguaje y reglas de aplicación de este cuerpo de conocimiento, sino también para que efectivamente logre superar las diversas críticas dentro y fuera del campo de la salud mental, principalmente las referidas a su papel como sistema de dominación.

Los actuales modelos que se confrontan en este campo de conocimiento son resultado de un proceso de diferenciación histórica no sólo entre las propias ciencias, sino también de la forma en que es concebida la enfermedad mental, pues ha sido en función de esta definición de la “locura” o el “trastorno” que cada tradición ha sido socialmente legitimada por instituciones sociales externas al campo científico, como las judiciales, sanitarias y escolares, que incluyen evaluaciones psicológicas y psiquiátricas para organizar sus instituciones. Sin embargo, la forma en que esta asociación se ha presentado requiere una investigación aparte, baste decir por el momento que, como se vio en el capítulo 2, las instituciones sanitarias y las prisiones estatales y privadas dieron impulso al desarrollo de la psicopatología a cargo de los médicos durante el siglo XVIII, lo que favoreció su progreso en el siglo XIX.

Actualmente, por ejemplo, existen evaluaciones en el sistema penal, en las instancias encargadas de la procuración de justicia, en las escuelas y en los hospitales; generalmente a cargo de psicólogos y psiquiatras, aunque en ocasiones también a cargo de trabajadores sociales. Esta organización social ha favorecido así a ciertas profesiones, y en consecuencia sus modelos de clasificación, dotándolos de legitimidad social fuera del campo científico, y produciendo una suerte de asimetría entre los expertos, y también entre los profesionales de la salud mental y el resto de la población.

Una línea de investigación que se desprende de esta asimetría disciplinar y social, puede ser abordada desde una perspectiva semántica, pero también desde una óptica del orden social. El significado del síntoma no es negociado, sino que se impone la narración del experto y el significado reside en los conceptos de la teoría, no en el sentido atribuido por el consultante (como han señalado los terapeutas narrativos y posmodernos). Así pues, existen “criterios de aceptabilidad” (Boltanski & Thévenot, 1999) en la organización social que, en este contexto, favorecerán el discurso del experto antes que el de la persona identificada como “paciente”, lo cual permite no sólo mantener un cierto tipo de orden sino también una jerarquía en el conocimiento.

Una línea de trabajo adicional, vinculada también al orden social y a los mecanismos sociales de control, se encuentra en el problema de que a medida que transcurre el tiempo se clasifican cada vez más “enfermedades”, al parecer, la patologización de la vida cotidiana puede corresponder con el incremento de prácticas plurales en las sociedades contemporáneas, que no se ajustan a los criterios de normalidad decimonónicos incorporados por los especialistas en PD durante su formación. Si bien en el discurso lo que se define como patológico no son problemas cotidianos sino aquellos que resultan extraordinarios, en los manuales la ampliación de los criterios diagnósticos y cuadros clínicos contradice esta retórica.

En este tenor, hace falta investigación acerca de si la acusada “patologización de la vida cotidiana” y el desarrollo de los psicofármacos tienen un vínculo o sólo son temporalmente contiguos, pues existe la posibilidad de que sean eventos contiguos y no causales. Aunque puede parecer que este vínculo entre las farmacéuticas, manuales y administración burocrática (clínicas y aseguradoras) es una relación nutricia, no existen datos suficientes para adoptar una postura en este sentido.

Otro problema no abordado en esta investigación y que resulta relevante se refiere a las pruebas de evaluación psicológica, debido a que la confiabilidad y validez varía en cada instrumento, y la validez de sus constructos depende de las definiciones teóricas, no es posible analizar todas las pruebas disponibles, sin embargo muchas de las evaluaciones diagnósticas han sido criticadas porque las pruebas integran como ítems los constructos teóricos no suficientemente probados (como las pruebas basadas en las teorías psicodinámicas). Sin embargo, dentro de la psicología y la psiquiatría se han desarrollado instrumentos para evitar caer en la incapacidad de distinguir normal/anormal como sucedió con Rosenhan.

Actualmente existen instrumentos como el inventario estructurado para la simulación de síntomas, “SIMS”, que buscan hacer a un lado la problemática “subjetividad del experto” para basarse en evidencia más “objetiva” (Echeburúa, *et. al*, 2017; González-Ordi, Fernández, & Delgado, 2013) para reconocer el fingimiento o exageración de síntomas.

Esto plantea una pregunta: ¿no es el fingimiento de síntomas prueba del poder que se otorga a la psicopatología para exonerar o castigar? En última instancia, los ámbitos institucionales externos al campo académico (jurídico, escolar, hospitalario) y las críticas a la objetividad del sistema cognitivo de la psicopatología han impulsado el desarrollo de técnicas, teorías e instrumentos, lo

que muestra la confluencia de las dimensiones externa social y externa intelectual en el desarrollo de la dimensión interna intelectual de la tradición de investigación de la psicopatología, aunque requiere aún trabajo de investigación el esclarecer esta relación en las últimas décadas.

Un problema adicional se vincula con la bioética y los efectos no buscados del conocimiento científico y sus conceptos que han sido poco analizados en términos de “salud mental”. Por un lado se señala en medios electrónicos que muchas personas padecen estas enfermedades y no se atienden por ignorancia o por temor al estigma (el día de la salud mental declarado por la OMS se multiplican las notas de este tipo) y por el otro lado, se señala que los trastornos son inventos y básicamente las personas están bien; ambos mensajes, contradictorios entre sí, son difundidos por expertos en medios de comunicación, aunque no sabe si los efectos de ello son positivos o negativos en el sentido del acceso a la atención o la ampliación de la ignorancia o la información, pues finalmente las personas depositan en los expertos la autoridad suficiente como para tomar decisiones con base en sus opiniones.

Este problema en particular resulta especialmente relevante para las ciencias sociales, puesto que el conocimiento social sobre los trastornos mentales puede desempeñar un papel esencial tanto en la salud mental como en la legitimación social de la Psicopatología Descriptiva. Por un lado, las categorías diagnósticas irrumpen en la realidad cotidiana de las personas, comprometiendo la “actitud natural” de las personas diagnosticadas y sus grupos de pertenencia, por otro, pueden incidir en la estigmatización, y en la misma medida es posible que sirva como prescripciones para el comportamiento de aquellos etiquetados como “anormales”.

Es posible que sea la misma reproducción cultural que los estudios feministas han denunciado para prácticas como el consumo, el deporte y la elección de carreras, lo que lleva a la prevalencia de ciertos síntomas y trastornos en función del sexo. Hay evidencias epidemiológicas de que tal diferencia por sexo existe, pero no se ha cuestionado si la causa son los roles de género o es meramente biológica. Aunque la crítica feminista ha denunciado la “opresión” de las clasificaciones, es posible que, por un lado, se trate de reproducción cultural, o bien que efectivamente se trate de un mecanismo de normalización sobre las mujeres. Este tema no es posible resolverlo a partir de los resultados de la investigación, aunque queda claro que la distinción de algunos cuadros clínicos tiene un fundamento epidemiológico.

Asimismo, plantea la cuestión de si se trata de una “doble hermenéutica” en la “patologización” de la sociedad: ¿en qué medida se da legitimidad al discurso normalizador *psi* a partir de la reproducción de expectativas sobre el comportamiento a partir del diagnóstico fomentado por la divulgación de sus criterios? El poder actual de la PD puede deberse a que, al cumplir con la expectativa diagnóstica por las prescripciones disponibles en el conocimiento social, la persona le da estabilidad a este sistema, en la medida en que los “expertos” encuentran los individuos lo que el manual (difundido *vox populi*) dice que van a encontrar.

En lo referente a las clasificaciones, tanto DSM como CIE señalan tener una perspectiva atórica. Aunque resulta interesante la idea de que los expertos consultados por la OMS produzcan descripciones y pautas basadas en criterios clínicos y ello haga que la clasificación no se base en presupuestos teóricos, como también ha propuesto el DSM de la APA, esta idea es bastante ingenua, puesto que los asesores fueron formados como profesionales, lo cual supone que tienen fundamentos teóricos, formación teórica y que tienen un *habitus*, además de que, en tanto insertos en una cultura, tienen supuestos de trasfondo tanto provistos por su tradición de investigación (Laudan, 1977) como por los imaginarios sociales (Girola, 2012) compartidos con sus grupos de referencia.

Por otra parte, si se considera el ámbito científico como campo, queda entendido que estos asesores tienen por sí mismos posiciones y compromisos dentro del campo, los cuales son desconocidos, ya que no se hace explícito ni quiénes son, ni cuáles son sus disciplinas, líneas de investigación, patrocinadores, etc. Puesto que no es explícito tampoco es rastreable su red.

Como se ha visto hasta ahora, existen múltiples temas que no fueron abordados en el desarrollo de la investigación, sin embargo, éste estudio permite delimitar y dar un sentido y organización al grueso del trabajo que existe en este tema y abordarlo de manera diferenciada según sus dimensiones sociales, reconociendo los componentes de cada tradición y su forma de abordar el problema; y se espera que sirva para más adelante poder realizar el análisis acerca de la influencia que estos sistemas cognitivos tienen *fuera del campo científico*. Este trabajo constituye, pues, una primera aproximación.

CONCLUSIONES

La Psicopatología Descriptiva cuenta con compromisos ontológicos, que asumen la existencia de la mente, la anormalidad y los síntomas y signos mentales; y compromisos metodológicos que involucran al método clínico, epidemiológico y experimental, las pruebas de evaluación psicológica y la entrevista como métodos y técnicas para la investigación de los trastornos mentales. Este conjunto distingue a la Psicopatología Descriptiva de otras tradiciones de investigación en lo referido al comportamiento humano.

Asimismo, la Psicopatología Descriptiva provee las tres clases de supuestos propuestos por Laudan (1977) a sus tradiciones dentro de la psiquiatría y la psicología: supuestos no problemáticos, supuestos justificados por la tradición y supuestos prohibidos por la tradición. Lo que no es problemático es todo aquello que sea definido como normal.

Los supuestos justificados por la Psicopatología Descriptiva para las tradiciones psicodinámica, médica, de la psicología clínica personalológica y de la psicología académica-experimental, son: la existencia de la mente, la tendencia a la salud (como sensación de bienestar y adaptación a las demandas del entorno) como algo consustancial a lo humano y los síntomas como formas de desviación de la salud y la existencia de la “normalidad”. Lo que está prohibido por la tradición es ocuparse de eventos que tengan lugar fuera del individuo. Y finalmente, aquello que requiere fundamentación lógica por parte de los modelos y las teorías es la explicación causal, curso y desarrollo de los síntomas de la anormalidad psicológica.

La PD puede considerarse como Tradición de Investigación Metateórica porque:

- 1) Delimita problemas de investigación (la anormalidad) y al síntoma como unidad de análisis (desde el siglo XIX).
- 2) Tiene un rol constrictivo: Plantea una ontología realista, el objeto y unidad de análisis, reglas para identificarla (criterios y principios) y los métodos para abordar los síntomas mentales, que son el experimental, el clínico y el epidemiológico. Así pues, propone una ontología, una metodología y los problemas que han de ser abordados (supuestos que requieren fundamentación por parte de la teoría).

- 3) Provee un conjunto de supuestos que no deben ser definidos por las tradiciones de investigación que se desprenden de ella ni por las teorías específicas que buscan explicar los trastornos mentales (rol de justificación).
- 4) Provee un lenguaje compartido (rol heurístico) a partir del cual es posible que distintas disciplinas y modelos se comuniquen entre sí. Este lenguaje está institucionalizado en los manuales, en las clasificaciones y en las definiciones categoriales internacionales (como tesauros).

Dimensión Interna Social

Desde su desarrollo en el siglo XIX y hasta la fecha, la Psicopatología Descriptiva se ha posicionado como el sistema de inteligibilidad hegemónico para investigar los trastornos mentales, y a falta de competidores, las clasificaciones internacionales que se han producido basadas en esta tradición se han convertido en el referente principal para la comunicación científica en el campo de conocimiento de la psiquiatría y la psicología anormal.

Pese a que no logró institucionalizarse como disciplina académica, es una asignatura obligatoria en psiquiatría y forma parte de los programas de formación en psicología clínica, cuenta con artículos e instituciones que producen manuales y textos al respecto e investigadores dedicados a su estudio, aunque pertenecen a otras disciplinas en su formación académica. Esto supone que la Psicopatología Descriptiva sirve como lente para analizar los fenómenos que pueden ser socialmente considerados como desviaciones del comportamiento, pensamiento y emoción; por ello, aunque no tiene reconocimientos académicos formales, funciona como sistema cognitivo de inteligibilidad en el campo de la salud mental y orienta la investigación en este ámbito.

De acuerdo con los principios propuestos por Laudan (1977) para considerar una Tradición de Investigación, puede decirse que:

1. La PD cuenta con teorías específicas que la ejemplificaron a lo largo del siglo XIX y que, al institucionalizarse como disciplinas la psicología y la psiquiatría, ha mantenido continuidad a través de las tradiciones de investigación al interior de estas carreras, las cuales producen

teorías que mantienen y ejemplifican los compromisos ontológicos de la psicopatología y adoptan al síntoma como unidad de análisis.

2. La Psicopatología Descriptiva cuenta con una historia extendida a través del tiempo; si bien sus antecedentes se remontan a la antigüedad, desde su instauración como área de investigación científica ha sufrido transformaciones y cuenta con diversas formulaciones, de acuerdo con el modelo de psicopatología que se asuma.

Como se vio en el capítulo 2, la PD impulsó el desarrollo de nuevas TI que se instituyeron como disciplinas y formaron nuevas TI. Así, la PD siguió el desarrollo normal de las TI propuesto por Laudan (1977), pero en lugar de desaparecer se mantuvo como TI entre ambas disciplinas, dotando de ontología, métodos y justificación a las TI de la psiquiatría (médica y psicodinámica) y la psicología anormal (clínica y personalógica y académica y experimental).

A partir de la segunda mitad del siglo XX, la presencia de la PD como tradición y su institucionalización (aunque parcial), se evidencia en la existencia de dos clasificaciones internacionales: CIE y DSM. Estas dos propuestas, sirven para mostrar la consolidación del campo de la psicopatología científica, y la forma en que la tradición de la Psicopatología Descriptiva se ha convertido en un lenguaje de comunicación científica que sirve para orientar la investigación en las disciplinas *psi*. Al mismo tiempo, constituyen ejemplos (*exemplars*) de la propia tradición.

Dimensión Interna Intelectual

Mediante el análisis metateórico propuesto por Ritzer (2001) empleado en esta investigación, es posible encontrar entonces la forma en que la dimensión interna intelectual se presenta dentro de las Tradiciones de Investigación disciplinares que se han desarrollado a partir de la tradición de la Psicopatología Descriptiva.

Las cuatro tradiciones comparten una ontología realista, que supone la existencia de los síntomas mentales como unidad de análisis. Cada una se centra en una de las tres dimensiones del síntoma mental, para proveer su propia forma de abordaje para que las teorías específicas desarrollen explicaciones sobre su etiología:

- Tradición de la Psiquiatría Médica: Se centra en el sustrato biofísico de los trastornos mentales. Busca explicarlos a partir de correlatos con problemas orgánicos.
- Tradición Psicodinámica: Se enfoca en el nivel psicológico del síntoma, concibe la anormalidad como un problema intrapersonal, derivado de conflictos internos inasequibles para la consciencia.
- Tradición de la Psicología Clínica y Personológica: Suele enfocarse en el nivel psicológico, considera la causa como un problema adaptativo con el entorno y las relaciones interpersonales que cristalizaron en la personalidad.
- Tradición de la Psicología Académica-Experimental: Se centra en el análisis de la conducta observable --nivel conductual-- (actos corporales y actos discursivos), considera la causa del síntoma como un fallo en el aprendizaje y adaptación al entorno.

Pero, debido a que no provee explicaciones sobre las causas o posible desarrollo de los síntomas, a partir de este consenso más amplio de ontología, métodos y supuestos de trasfondo, las cuatro tradiciones de investigación de la Psicopatología (médica, psicodinámica, de la psicología clínica y la psicología académica-experimental) cumplen roles heurísticos, constrictivos y justificativos sobre las causas de los síntomas, dando origen a teorías específicas y modelos acerca de la anormalidad.

Las TI disciplinares proponen los modelos, que son la epistemología y la etiología, de los cuales se desprenden las teorías específicas. Las tradiciones dentro de las disciplinas parten de la concepción de la anormalidad y la existencia de síntomas mentales como justificación para proponer su ontología sobre una dimensión del síntoma (biológica, psicológica o social), mientras que la PD propone un objeto compuesto por las tres dimensiones.

A su vez, los síntomas son taxonómicamente agrupados según su similitud y presencia, de acuerdo con reglas de clasificación. Estas agrupaciones, consideradas como síndromes o cuadros clínicos, son entonces nombradas como “trastorno”, palabra que sirve para designar la presencia de un conjunto de síntomas. Los trastornos se encuentran agrupados, entonces, en clasificaciones diagnósticas y manuales de diagnóstico.

Asimismo, a partir de la década de 1950 hubo una significativa diversificación de las teorías específicas dentro de cada tradición. Cada una de las tradiciones provee modelos (ejemplares, fórmulas de solución) que representan la manera de concebir las causas de los trastornos mentales y sus síntomas, representaciones que agrupan (como *exemplars*) al conjunto de teorías específicas ocupadas de proveer estas explicaciones causales, sin embargo, los modelos funcionan para el conjunto de los síntomas y categorías diagnósticas, no son específicos.

A partir del incremento en su número, y hasta la fecha, las teorías están atomizadas en función del trastorno particular que buscan explicar etiológicamente. Se agrupan en “modelos”, que dentro de cada tradición buscan representar la posible causa de los síntomas mentales. Empero, sin importar cuál sea la explicación atribuida, se recurre a la ontología y semiología propuestas por la PD, tanto para la investigación como para la explicación.

Pese a su larga trayectoria histórica, en donde sus antecedentes son –por consenso– situados desde la antigüedad (en la medida en que hubo quienes describieron enfermedades del cuerpo o el espíritu), las nociones de la anormalidad eran diferentes a las concepciones actuales de la mente y de trastornos; esto significa que el continuo ontológico “anormalidad” es diferente en cada época y sociedad.

No hay, pues, un objeto “transhistórico” de la psicopatología, aunque desde la antigüedad se ha estudiado aquello que en un contexto social particular se designa como anormal o diferente. Así, aquello que se define como “anormal” cambia de acuerdo con el contexto social, es decir, la anormalidad es histórica y socialmente situada, por lo tanto, las categorías de la PD constituyen constructos.

Aunado a lo anterior, desde el desarrollo y consolidación de la PD no existe una definición de la normalidad ni de la anormalidad en el campo científico de la Psicopatología, antes bien, esta tradición plantea criterios para identificarla, los cuales llevan a que, en última instancia, la valoración de los síntomas esté relacionada con el contexto socio-cultural tanto del diagnosta como del evaluado y, por ello tengan como trasfondo el imaginario social configurado por creencias, valores y sistemas de ideas que no están científicamente fundamentados.

Supuestos extra-teóricos

Como se señaló en el capítulo 1, en lo tocante a aquellos supuestos justificados por la Tradición de Investigación, hay algunos supuestos que, dentro de la Psicopatología Descriptiva, se han instaurado como parte de su función justificativa, y que pasan por científicos pese a tener una fundamentación ético-moral, es decir, cumplen con una función extrateórica (Hacking, 2001) en tanto cumplen una función normativa en la dimensión externa social. Esta función se deriva de que, dentro de la dimensión interna intelectual, estos supuestos no son explícitos, sino que se encuentran dentro de los supuestos no problemáticos, justificados por la tradición.

Estos supuestos, originados en la dimensión externa intelectual, provienen de los imaginarios sociales y morales compartidos por quienes se ocupan de la construcción del conocimiento de la PD, aunque al ser justificados por ella al no ser problematizados, aun careciendo de fundamentación teórica, pasan por científicos, tanto para los expertos como para los legos.

Estos *supuestos extra-teóricos* son:

1) Responsabilidad Individual:

Como señala Beck (2012) el proceso de individualización en las sociedades contemporáneas supone en parte que las regulaciones deben ser suministradas por los individuos (p.39), proceso que enfatiza la auto-vigilancia y la auto-regulación, el éxito y el fracaso se depositan en los individuos, y “los problemas sociales pueden convertirse directamente en estados anímicos: en sentimientos de culpabilidad, ansiedades, conflictos y neurosis” (Beck, 2012, p.73), por lo que los errores y conflictos que se desprenden de problemas sociales cotidianos, o de condiciones sociales estructurales (como la violencia y la desigualdad) son vistos como errores o conflictos personales.

Este valor contemporáneo, como parte del proceso de individualización, es incorporado como concepto científico en las descripciones y clasificaciones de la Psicopatología Científica, con términos como adecuación y adaptación, que depositan en el individuo la responsabilidad de ajustarse a la sociedad y cumplir con los roles y expectativas sociales depositados en él. Se asume que el ajuste “adecuado” de la persona en sus relaciones con otros reside esencialmente en ella, y que su inserción en instituciones sociales “adaptativa” reside en ella, como si fuera responsabilidad exclusiva de la persona tener “buenas relaciones interpersonales” y los otros no participasen en el

proceso, y como si dependiera del individuo el insertarse en las instituciones sociales sin que hubiese límites fácticos.

En tanto las sociedades no son igualitarias, ni las personas tienen las mismas posibilidades de ajuste, inserción, ni siquiera las mismas socializaciones y redes sociales, resulta claro que tratar a las personas según un criterio de responsabilidad personal es un criterio valorativo antes que científico. Además, este supuesto implica el ajuste de las personas a expectativas sociales que involucran criterios de producción y consumo que son dados culturalmente para ajustarse a los criterios de deseabilidad social (en el sentido de que lo deseable es dado por patrones culturales de valores y consumo), el ajuste a estos criterios de aceptabilidad son los que darán cuenta del “desarrollo personal”.

Jarne y colaboradores expresan una idea común en los textos y manuales de psicopatología, implícitas en los criterios de anormalidad, de acuerdo con ésta “la presencia de psicopatologías siempre representa un obstáculo para el desarrollo individual (social, afectivo, intelectual, físico) de la persona y/o de su grupo social inmediato (2006, p.17).

De aquí se desprenden dos ideas que muestran supuestos subyacentes, basados en criterios normativos⁷³.

2) Control social:

El grupo social inmediato está “autorizado” por la comunidad de este campo científico a intervenir sobre la vida de una persona, solicitando ayuda para ella, la quiera o no, e incluso puede internarla o brindarle medicamentos. Por ejemplo, un niño extremadamente inquieto puede ser llevado por su cuidador primario a un psiquiatra, administrarle el medicamento prescrito, aunque los efectos a largo plazo en el sistema nervioso de los medicamentos más comunes aún se discuten. Al mismo tiempo, el terapeuta es “autorizado” por el grupo social inmediato para intervenir sobre la persona, de nuevo, lo quiera o no. Esto implica que si una persona, o si prefiere, si el problema de una persona es un “obstáculo” para el grupo social inmediato, los profesionales de la salud mental *cuentan con el derecho fáctico* de evaluarla, diagnosticarla e intervenirla clínicamente, en virtud

⁷³ Además del evidente determinismo de la sentencia

de su formación profesional y credenciales, que le autorizan a intervenir sobre personas que, por definición social *deben ser corregidas*. Es decir, este supuesto alude a la legitimidad de la evaluación e intervención sobre la persona a solicitud de terceras personas.

3) Discapacidad:

La psicopatología es incapacitante. Es una idea que apela a la universalidad, pero no es una condición universal; no todas las personas con problemas biológicos, psicológicos o sociales tienen problemas para desempeñarse en sus roles asignados socialmente, muchas inclusive consideran normal su situación o condición. resulta molesto para el grupo social inmediato, quizás, pero la persona vive “con normalidad” cuando sus “problemas” son “egosintónicos” y no tiene “conciencia de la anormalidad”, por ejemplo. Un caso de ello son personas con “trastornos de la personalidad”, que trabajan, tienen familia y hacen cosas comunes sin preocuparse por si tienen un problema mental.

La realidad, entonces, se presenta por consenso: la alucinación y el delirio son reales para el psicótico, no para los demás, estos son casos extremos, pero sucede con quienes tienen sinestesia, entonces pasa lo mismo que con los zurdos en la edad media, el que no corresponda con la mayoría es visto como anormalidad, aunque ello no necesariamente supone algo negativo; no obstante, se etiquetan “pseudo delirios y pseudo alucinaciones” cuando algo no encaja en el espectro de lo que se consensua como normalidad. Así también, es el consenso social el que dictamina qué es funcional, qué es desviado y, por lo tanto, también que es discapacitante.

La inclusión en una organización e institución basada en juicios y prejuicios es lo que puede volver a una persona disfuncional según el esquema educativo o productivo dominante, por lo tanto, la discapacidad depende también de la capacidad de inclusión social institucional. Sin embargo, el conocimiento de la PD no contempla la inclusión social como criterio para la discapacidad, sólo la da por sentada en tanto quienes construyen este conocimiento comparten los mismos valores sociales.

En este sentido, las creencias del instinto o pulsión como una función natural orientada a la adaptación, que se desvía de este fin adaptativo a partir de las experiencias vitales en el entorno,

suponen un juicio valorativo. Por una parte, al considerar que la adaptación para sobrevivir (que es el fin del instinto) implica un ajuste a las demandas del sistema social (inserción económica, modales, o cualesquiera se consideren funcionales), y por otra al considerar la adaptación como dependiente del individuo y sus ajustes al entorno, y no como una forma relacional en donde aquello que se considera adaptado es socialmente construido y por tanto así también la discapacidad funcional. De tal suerte que este tipo de darwinismo psicológico tiene una serie de preceptos normativos no reconocidos como tales en su planteamiento.

Dimensión externa intelectual

A partir de los desarrollos señalados en el capítulo 3, la Psicopatología Descriptiva pudo mejorar sus instrumentos de medición y evaluación, las tradiciones se diversificaron en modelos, algunos de ellos híbridos, así como se produjeron clasificaciones que homologaron los criterios diagnósticos, en respuesta a las críticas del movimiento antipsiquiatría.

El desarrollo de tecnologías (para la evaluación neurológica y para la evaluación psicológica) permitió el establecimiento de correlaciones apegadas a las demandas del campo científico, así como el tratamiento farmacológico reemplazó al modelo asilar y favoreció el tratamiento dentro de la comunidad (aunque ello tuvo efectos no buscados, como se señaló arriba).

Las críticas de la antipsiquiatría llevaron a la revisión de las clasificaciones, y apoyaron la pérdida de la hegemonía de la Tradición Psicodinámica, lo que permitió el posicionamiento de modelos alternativos, especialmente de la Psicología Clínica y Personológica y la Psiquiatría Médica (con los neokraepelinianos), con lo cual las clasificaciones de la OMS (CIE) y de la APA (DSM) se actualizaron y gracias a ello se consolidaron en el ámbito internacional. Al mismo tiempo, con la apertura del campo a la intervención psicológica (derivada de las críticas a los psiquiatras) las estrategias de intervención se diversificaron.

A su vez, tanto las críticas antipsiquiátricas como la aparición de las epistemologías sistémicas y construccionistas llevaron al desarrollo de modelos híbridos y de intervenciones que se separaron de la Psicopatología Descriptiva (terapias sistémicas y posmodernas).

Dimensión externa social

Cualquiera que vea un mapa puede constatar la proximidad entre Inglaterra, Francia, Alemania y Suiza, las naciones en que se desarrolló e institucionalizó la psicopatología entre los siglos XVIII y XIX. No es de sorprenderse que en ese periodo fueran países con intercambios académicos, de ideas y personas, y por tanto que la elaboración de la psicopatología científica se llevara a cabo ahí. De hecho, el desarrollo de la psiquiatría americana contemporánea fue influido por el pensamiento europeo importado por figuras como Meyer y la diáspora psicoanalítica que emigró a Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial.

Ahora bien, con respecto a la función sociopolítica de la Psicopatología Descriptiva, resalta el papel que tuvo en mejorar las condiciones de vida de las personas internas en asilos mentales. Pues a partir del desarrollo de la PD como área científica se favoreció la búsqueda de formas alternativas de intervención; al tiempo que impulsó dirigir la investigación a las instituciones académicas y no ya exclusivamente desde los asilos mentales.

Aunque el interés por mejorar las instituciones dedicadas a los enfermos mentales, a finales del siglo XIX, fue un esforzado movimiento humanitario, dirigió más su atención hacia el tratamiento custodial que hacia la prevención; actualmente, el objetivo de instituciones como la OMS es la prevención y atención a la salud. Aunque este viraje en lo referido al asistencialismo se vincula también con transformaciones en el contexto social amplio.

El liberalismo económico y político y los procesos de individualización (Beck, 2012) depositaron en los individuos la responsabilidad de la auto-vigilancia, y con ello, se abandonaron los modelos asistencialistas. Ello impactó en el abandono del modelo asilar de asistencia para los enfermos mentales, como se constata en el hecho de que a partir de la década de 1950 las poblaciones en instituciones mentales decayeron y se privilegió el modelo de intervención farmacológico (Skultans, 1995).

Durante la primera mitad del siglo XX, la psicología clínica se había abierto paso en el área de intervención de las clínicas mentales, pero supeditada al uso de la psicopatología descriptiva médica o psicodinámica o, en el mejor de los casos, siguiendo un esquema conductista basado en las técnicas del condicionamiento. Sin embargo, a partir de la década de las cincuenta aparecieron

modelos de intervención que no sólo no se adscribían a la psicopatología tradicional, sino que incluso cuestionaron su validez. El surgimiento de estas formas de intervención mostró que la psiquiatría y la psicopatología no eran la única forma de atención y tratamiento *eficaz* de los trastornos mentales, incluso de los severos.

Sin embargo, la PD se ha mantenido en una posición hegemónica, pues su influencia se halla más allá del ámbito de la intervención clínica. Su función política se ejerce en el ámbito penal, organizacional, escolar y hospitalario, pues no sólo favorece la comunicación científica, sino también la burocrática, la evaluación de las personas para su inclusión/exclusión institucional recurre a modelos de psicodiagnóstico basados en sus clasificaciones. Ejemplo de ello son las evaluaciones en el sistema penitenciario para la ubicación de los presos en celdas, las pruebas de personalidad para la selección de personal en el ámbito laboral, las pruebas de desarrollo para el aprendizaje en el área escolar.

En este aspecto, la PD tiene una presencia no visible en la vida cotidiana. Ello implica que su función sociopolítica, que no se hace explícita ni en los textos ni en el conocimiento social, tiene un rol importante en la organización social, pues provee criterios de exclusión social legitimados como conocimiento científico.

En este sentido, quizá puede ser concebida como una forma de “violencia simbólica” (Bourdieu & Wacquant, 2005), en la medida en que las relaciones de poder asimétrico entre los “normales” y los “anormales” son aceptadas y asimiladas por ambas partes, es decir, al legitimar esta función de la PD, las personas son cómplices de esta relación de poder asimétrica.

Mientras al interior del campo científico se presentan disputas interdisciplinarias, y en torno al posicionamiento de sus modelos dentro de la ciencia de corriente principal, existen aspectos que escapan a los intereses de este campo, como los objetivos financieros vinculados con las ganancias económicas de clasificaciones, editoriales, etc. Empero, la producción de este campo impacta más allá de la academia y la clínica, pues sus constructos permean a la sociedad y, en la medida en que son utilizados en los ámbitos institucionales como se dijo arriba, afectan la vida cotidiana. Es decir, tienen incidencia fuera del campo y establecen relaciones de poder en función de sus conceptos más allá del campo científico, en las relaciones prácticas de las personas al brindar etiquetas para clasificarlas.

Aunque la estigmatización puede ser un efecto no buscado de los conceptos provistos por la Psicopatología Descriptiva, es innegable que se requiere una mayor vigilancia en lo referido a su función sociopolítica, así como una mayor transparencia en el proceso de desarrollo de sus clasificaciones, vigilancia y ética para su divulgación y una mayor sensibilización social con respecto a lo que son (y lo que no son) los problemas psicoemocionales.

Finalmente...

En defensa de las distintas tradiciones y sus modelos y nuevas ramas⁷⁴ es necesario decir que, si bien los desarrollos actuales tienden a la integración de las dimensiones biológica, psicológica y social, existe una serie de obstáculos para alcanzar una visión *holista* de los problemas afectivos y del comportamiento y el pensamiento.

Obstáculos que resultan no sólo de las distintas posiciones metafísicas, ontológicas y epistemológicas de las distintas tradiciones (dimensión intelectual), sino también de la falta de formación especializada como una sola disciplina integrada (debido a su falta de institucionalización) –dimensión social y *habitus*– y finalmente obstáculos referidos a límites cognitivos individuales, pues una “perspectiva de conjunto” difícilmente podría ser alcanzada en 4 o cinco años de formación académica, considerando no sólo las dificultades de la hibridación entre las distintas tradiciones sino además la complejidad misma del objeto que, en última instancia, es la mente humana. Al parecer, queda un largo camino por recorrer todavía.

⁷⁴ Que quizá más adelante se conviertan en nuevas tradiciones, en la medida en que se desprendan de aquellas a las que pertenecen actualmente modificando sus supuestos fundamentales como señala Laudan sobre el desarrollo de las TI.

REFERENCIAS

- Aguado, A. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela libre editorial.
- American Psychiatric Association <https://www.psychiatry.org/> Consultado en Marzo de 2017
- American Psychological Association <http://www.apa.org> Consultado en Marzo de 2017
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). *Test psicológicos*. México: Prentice Hall.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa, pp. 15-60.
- Asociación internacional de Psicopatología Fundamental, Congreso Internacional http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/VII%20Congreso/Argumento_ES.pdf Consultado en Marzo de 2017
- Beck, U. (2012). *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós, pp.37-97.
- Becker, H. (2011). *Trucos del oficio. Cómo conducir su investigación en ciencias sociales*. Argentina: Siglo XXI.
- Berrios, G. (1992). Phenomenology, psychopathology and Jaspers: a conceptual history. *History of Psychiatry*, 3, pp.303-327, DOI: [10.1177/0957154X9200301103](https://doi.org/10.1177/0957154X9200301103)
- _____ (2007). Hacia una nueva psicopatología. En J. Vallejo, L. Sánchez, C. Díez & J. Menchón (Eds.), *Temas y retos en la psicopatología actual* (pp. 1-10). España: Ars Medica, pp.1-10.
- _____ (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica, pp.25-59.
- _____ (2011). *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos.
- _____ (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Biever, J., Bobele, M., Gardner, G. & Franklin, C. (2005) Perspectivas postmodernas en terapia familiar. En G. Limón (Comp.) *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp. 1-27). México: Pax.
- Boltanski, L. & Thévenot, L. (1999) The sociology of critical capacity. *European Journal of social theory*, 2(3), 359-377.
- Borges, G. Medina, M. & López, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 46(5), 451-463.
- Bourdieu, P. (2000). *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Nueva Era.
- _____ (2003). *El oficio de científico*. España: Anagrama.

- Bourdieu, P., Chamboredon, J. & Passeron, J. (2003). *El oficio de sociólogo*. México: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. México: Siglo XXI.
- Carlson, N. (2014). *Fisiología de la conducta*. Madrid: Pearson educación.
- Castilla, C. (2007). Historia crítica de la psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 105-118.
- Decker, H. (2013). *The Making of DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Dogan, M. & Pahre, R. (1993). *Las nuevas ciencias sociales. La marginalidad creadora*. México: Grijalbo.
- Domènech, E. (1991). *Introducción a la historia de la psicopatología*. Barcelona: Poblagrafic.
- Echeburúa, E; Amor, P J; Muñoz, J M; Sarasua, B & Zubizarreta, I. (2017). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). *Anuario de Psicología Jurídica*, 27, 67-77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315051754008>
- Foucault, M. (1987). *Enfermedad mental y personalidad*. México: Paidós.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales*, México: FCE.
- _____ (2014). *El poder Psiquiátrico*, México: FCE.
- _____ (2015a). *Historia de la locura en la época clásica, Volumen 1*. México: FCE.
- _____ (2015b). *Historia de la locura en la época clásica, Volumen 2*. México: FCE.
- Gadamer, H. (1996). *El estado oculto de la salud*. España: Gedisa.
- García, A. (2013). *Giddens y Luhmann: ¿opuestos o complementarios? La acción en la teoría sociológica*. México: Universidad Autónoma Metropolitana- Azcapotzalco, pp. 60-73.
- García, V. (2003). *Breve Historia de la Psicología*. España: Siglo XXI.
- Gergen, K. & Kaye, J. (1992) Más allá de la narración en la negociación del significado terapéutico. En McNamee, S. & Gergen, K. (Comps.) (1996). *La terapia como construcción social* (pp. 199-218). España: Paidós.
- Giddens, A. (1995). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Argentina: Amorrortu.
- Giménez, G. (2002). Pluralidad y unidad de las ciencias sociales. *Revista Omnia*, 20, 249-261.
- _____ (2003) El debate sobre la prospectiva de las Ciencias Sociales en los umbrales del nuevo milenio. *Revista Mexicana de Sociología*, 65(2), 363-400.

- Girola, L. (2005). Tiempo, tradición y modernidad: la necesaria re-semantización de los conceptos. *Sociológica*, 58, 13-52.
- _____ (2011). Historicidad y temporalidad de los conceptos sociológicos. *Sociológica*, 73, 13-46.
- _____ (2012). Representaciones e imaginarios sociales. Tendencias recientes en la investigación. En E. De la Garza & G. Leyva (Eds.), *Tratado de Metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales* (pp. 376-405). México: FCE.
- Glatzer, W. (2000). La institucionalización de la sociología en Alemania (1871-1933). En S. Del Campo (Coord.), *La institucionalización de la sociología (1870-1914)* (pp.71-93). España: Centro de investigaciones sociológicas.
- Gondra, J. (1998). *Historia de la Psicología. Introducción al Pensamiento Psicológico Moderno*. Madrid: Síntesis.
- González, J., Rejón, C., Villalba, P. & Ramos, P. (2007). Clarificación y delimitación de la psicopatología. Respuesta a Villagrán. *Archivos de Psiquiatría*, 70, 139-149.
- González-Ordi, H., Fernández, S. & Delgado, S. (2013). Evaluación (detección) psicológica y neuropsicológica de la simulación. En S. Delgado y J. M. Maza (Eds.), *Psiquiatría legal y forense, Volumen 5* (pp. 1103–1120). Barcelona: Bosch.
- Gradillas, V. (1998). *Psicopatología descriptiva. Signos, síntomas y rasgos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Hacking, I. (2001). *La construcción social de qué*. Barcelona: Paidós.
- Halgin, R. P. & Krauss, S. (2004). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. México: McGraw Hill.
- Hernández, J. (1996) Sentido común “común” y sentido común “sensato”. Una reivindicación de Thomas Reid. *Tópicos*, 11, 35-50.
- Hernández, R. (2002). Del método científico al clínico. Aplicaciones teóricas. *Revista cubana de medicina general integral*, 18(2), 161-164.
- Hoffman, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. McNamee, S. & K. Gergen (Comps.) (1996), *La terapia como construcción social* (pp.25-43). España: Paidós.
- Ilizástigui, F. (2000). El método clínico: muerte y resurrección. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 14(2), 109-127.
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. & Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: UOC.

- Jimeno, A. (1999). Psicopatología de la mente y la consciencia. En J. García-Porrero, J. (Ed.), *Genes, cultura y mente. Una reflexión multidisciplinar sobre la naturaleza humana en la década del cerebro* (pp.205-243). Santander: Servicio de publicaciones de la Universidad de Cantabria.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1992). *Tratado de psiquiatría*. España: Masson-Salvat.
- Keeley, J., Morton, H. & Blashfield, R. (2015). Classification. En P. Blaney, R. Krueger & T. Millon (Comps.), *Oxford textbook of psychopathology* (pp.42-70). Estados Unidos: Oxford University Press.
- Kirmayer, L., Lemelson, R. & Cummings, C. (2015) (Comps.) *Re-visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, critical neuroscience and global mental health*, Estados Unidos: Cambridge University Press.
- Lamb, S. D. (2014). *Pathologist of the mind. Adolf Meyer and the origins of american psychiatry*. Estados Unidos: Johns Hopkins University Press.
- Lamo, E., González, J. & Torres, C. (1994). *Sociología del conocimiento y de la ciencia*. Madrid: Alianza.
- Laudan, L. (1977). *Progress and its problems. Toward a theory pf scientific growth*, Estados Unidos: University of California Press.
- Lenzenweger, M. & Haugaard, J. (1996). Preface. En M. Lenzenweger & J. Haugaard (Eds.), *Frontiers of developmental psychopathology* (pp. V-VIII). Nueva York: Oxford University Press.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax.
- Linares, J. & Soriano, J. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 5, 119-146.
- López, O. & Velasco, F. (2016). De las pasiones a las emociones: Causas de las enfermedades mentales. Siglos XIX y XX. En O. López & R. Enríquez (Coords.), *Cartografías emocionales. Las tramas de la teoría y la praxis, Volumen 2* (pp. 7-25). México: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala-Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- Luque, R. & Berrios, G. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista colombiana de psiquiatría*, 40, 130-146.
- Luque, R. & Villagrán, J. M. (2000). Modelos, teorías y paradigmas. En R. Luque & J. M. Villagrán (Eds.), *Psicopatología descriptiva: Nuevas tendencias* (pp.39-73). Madrid: Trotta.

- Maj, M. (2007). Comorbilidad psiquiátrica: génesis del fenómeno e implicaciones clínicas. En J. Vallejo, L. Sánchez, C. Díez & J. Menchón (Eds.), *Temas y retos en la psicopatología actual* (pp.11-19). España: Ars Medica.
- McNamee, S. (1992). Reconstrucción de la identidad: La construcción comunal de la crisis. En S. McNamee & K. Gergen (Comps.) (1996), *La terapia como construcción social* (pp.219-232). España: Paidós.
- McNamee, S. & Gergen, K. (1992) Introducción. En S. McNamee & K. Gergen (Comps.), (1996), *La terapia como construcción social* (pp.12-22). España: Paidós.
- Millon, T. (1981) *Psicopatología moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de las disfuncionalismos*. España: Salvat, 1ª reimpresión, pp.1-40.
- _____ (2015) "A brief history of psychopathology", en Blaney, P., Krueger, R. & Millon, T. (2015) *Oxford textbook of psychopathology*, Estados Unidos: Oxford University Press, pp.3-41.
- Moreno-Altamirano, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. *Salud Pública de México*, 42(4), 337-348.
- Moreno, B. & Ortiz-Tallo, M. (2013) "Concepto de psicopatología clínica. Objeto, criterios y causas. En M. Ortiz-Tallo (Ed.) *Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-V* (pp.23-32). España: Pirámide.
- O'Hanlon, B. (2003). *Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. México: Paidós.
- Olvera, M. & Sabido, O. (2007). Modernidad temprana, modernidad tardía e individualidad: la experiencia social en el cuerpo. En L. Girola, L. & M. Olvera (Coords.), *Modernidades. Narrativas, mitos e imaginarios* (pp.145-185). España: Anthropos-Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2005) "Legislación sobre salud mental y derechos humanos", Recuperado en Octubre de 2016 de http://www.who.int/topics/human_rights/Legislacion_salud_mental_DH.pdf
- _____ (Clasificaciones) <http://www.who.int/classifications/icd/en/#>
- _____ (2006) "Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación de la OMS", Recuperado en Noviembre de 2016 de http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf
- Pérez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide, Col. Psicología.
- Pineda, D. (2012). *La mente humana. Introducción a la filosofía de la psicología*. España: Cátedra.
- Piron, F. & Varin, T. (2015). El caso Seralini y la confianza en el orden normativo dominante de la ciencia. *Sociológica*, 84, 231-274.

- Platt, J. (2000). Una institucionalización problemática: la primera sociología británica. En S. Del Campo (Coord.), *La institucionalización de la sociología (1870-1914)* (pp.95-110). España: Centro de investigaciones sociológicas.
- Restrepo, J. (2007). Psicopatología y epistemología. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36, 123-144.
- Ritzer, G. (2001). *Explanations in social theory. From metatheorizing to rationalization*. Gran Bretaña: Sage, pp.13-127.
- Rodríguez, C. (2014). *Psicopatología psicoanalítica relacional*. España: Agora.
- Rosenhan, D. (1973). Acerca de estar sano en un medio enfermo. En P. Watzlawick (Comp.), *La realidad inventada ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* (pp.99-120). España: Gedisa.
- Rosenzweig, M. (2003). *Psicología fisiológica*, México: McGraw Hill.
- Sanjuán, J. (2007). Alucinaciones auditivas: de la neurobiología al tratamiento. En J. Vallejo, L. Sánchez, C. Díez & J. Menchón (Eds.), *Temas y retos en la psicopatología actual* (pp.190-205). España: Ars Medica.
- Scharfetter, Ch. (1988). *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Morata.
- Skultans, V. (1995) Manicomios: Una perspectiva histórica. En R. Gregory, R. (Dir.) *Diccionario Oxford de la Mente* (pp.707-710). España: Alianza.
- Tomm, K. (1992) Distinciones terapéuticas en una terapia en curso. En S. McNamee & K. Gergen (Comps.) (1996), *La terapia como construcción social* (pp.145-163). España: Paidós.
- Vayreda, A., Tirado, F. & Domènech, M. (2005) “Construccionismo social, narratividad y simetría”. En G. Limón (Comp.), *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp.141-165). México: Pax,
- Veiga, F. (2009). *El desequilibrio como orden. Una historia de la posguerra fría 1990-2008*. España: Alianza Editorial.
- Zoilo, M. (2013). Más allá de la psicopatología clínica. En M. Ortiz-Tallo (Ed.), *Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-V* (pp.18-22). España: Pirámide.