

EPISTEMOLOGÍA E HISTORIA DE LA CIENCIA

SELECCIÓN DE TRABAJOS DE LAS XI JORNADAS

VOLUMEN 7 (2001), Nº 7

Ricardo Caracciolo

Diego Letzen

Editores



ÁREA LOGICO-EPISTEMOLÓGICA DE LA ESCUELA DE FILOSOFÍA
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons atribución NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina



Algunas consideraciones epistemológicas sobre el concepto de “trastorno mental” y sus implicancias en los DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*)

Luz María Irazuzta*

Introducción

La disputa entre monistas y pluralistas es central en epistemología. A una posición reduccionista unificadora que explique el conocimiento científico como producto de procesos físico-fisiológicos, se opone una visión que tiende a considerar diversidad de factores intervinientes, especialmente los provenientes del mundo social, en la construcción del conocimiento. Nos interesa ver en qué términos esta problemática se plantea en las taxonomías psiquiátricas, las que, como veremos, no escapan a esta discusión.

Inmediatamente después de la II Guerra, y en vista de las diferencias existentes entre las nosologías psiquiátricas que circulaban entre diferentes países y equipos de trabajo, surge la necesidad de unificar criterios taxonómicos para la confección de estadísticas sobre salud pública y para la información de organismos gubernamentales. Esta inquietud se materializó en dos obras de trascendencia internacional. Por un lado, apareció la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (*International Classification of Diseases* o ICD) establecida por la Organización Mundial de la Salud; y por el otro, el primer *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (*Diagnostic and Statistical Manual* o DSM)¹ que reflejaba la concepciones vigentes en los EEUU sobre los “trastornos mentales” y metodología diagnóstica. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) propone, aquí, una nosología única de las enfermedades mentales que debería revisarse periódicamente en función del progreso de los conocimientos. Los *Diagnostic and Statistical Manuals* (DSM) son las taxonomías de los “trastornos mentales” más ampliamente difundidas en la comunidad psiquiátrica internacional y es posible detectar en ellas un entrelazamiento entre ambas partes de la disputa, que tiene una resolución pragmática.

El análisis de las distintas versiones de los DSM² muestra que el concepto de “trastorno mental” ha sufrido modificaciones en su significado. Sostenemos que esto pone de manifiesto un cambio teórico que incide en la definición de los términos específicos. Esta transformación va desde una perspectiva empirista en la que se toma en consideración sólo la sintomatología en la elaboración de categorías mórbidas, y que sostiene el supuesto dualista de la distinción mente-cuerpo afirmando una posición reduccionista afín al individualismo metodológico; hasta el reconocimiento de la intervención de factores socioculturales en la definición y clasificación de los “trastornos mentales”, en el que se apunta a una superación del dualismo definiendo al hombre como unidad bio-psico-social. Creemos que la teoría de George Mead, tal como la presenta en *Mind, Self and Society*, provee, desde el pragmatismo, un marco teórico adecuado a estas últimas transformaciones. Sostenemos que el viraje señalado no implica el abandono de criterios empiristas de clasificación, las dificul-

* Universidad Nacional de Córdoba.

tades planteadas por el cambio teórico son soslayadas recurriendo al pragmatismo y adoptando una posición instrumentalista.

El curso del análisis nos permitirá, por otra parte, mostrar la riqueza de la problemática epistemológica implícita en los DSM, tocando tangencialmente cuestiones tales como: la incidencia de los supuestos ontológicos del reduccionismo en cuanto a la posibilidad de formular una clasificación natural en base a la etiología de los "trastornos mentales" y sus limitaciones, la incidencia de los factores socio-culturales en la formulación de las categorizaciones psiquiátricas, y su inversa, el peso de las categorizaciones científicas en el comportamiento social, entre otras.

Los cambios de significado de los términos

El término "trastorno mental" ha sufrido modificaciones de su significado en las distintas versiones de los DSM y estos sugieren cambios teóricos que no pueden ser soslayados en un análisis epistemológico. Los cambios de significado del término en cuestión han sido sustanciales. El análisis muestra un movimiento pendular del acento en cuanto al compromiso ontológico.

Al respecto, el DSM-II hace mención a la sustitución del término "enfermedad mental" presente en las primeras taxonomías psiquiátricas,³ por el de "trastorno mental". Este cambio es indicativo de que se ha pasado de una concepción esencialista de la enfermedad a una funcional. En efecto, el término "trastorno" hace referencia más a una disfuncionalidad que a una entidad oculta e identificable (lesión); los trastornos son un conjunto de síntomas o síndromes observables.

Por su parte, el DSM-III adopta un supuesto reduccionista, encuadrando la significación del término "trastorno mental" en la discusión mente-cuerpo. Reconoce una asociación de las anomalías psicológicas o conductuales con una disfunción cerebral transitoria o permanente en todos los niveles, se conozca o no su etiología. Este reduccionismo está explícito y se hace extensivo a todos los "trastornos mentales". Así leemos:

"La diferenciación de los trastornos mentales no orgánicos como un grupo separado, no implica que los trastornos mentales no orgánicos (funcionales) sean algo independiente de los procesos cerebrales. Por el contrario, se supone que todos los procesos psicológicos normales y anormales dependen de la función cerebral."⁴

El DSM-IV introduce innovaciones y explícitamente rechaza la definición reduccionista de "trastorno mental" basada en la distinción dualista mente-cuerpo, tal como se evidencia en la siguiente cita:

"El término 'trastorno mental' implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos *mentales* y *físicos* (un anacronismo reduccionista del dualismo mente-cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de 'físico' en los trastornos 'mentales' y mucho de 'mental' en los trastornos 'físicos'.⁵

El DSM-IV adhiere a una concepción integral del hombre. Hay un desplazamiento que va desde la descripción del hombre como individuo aislado y descripto en término de funciones fisiológicas, a un modelo que lo describe como unidad bio-psico-social, en el que se lo muestra inserto en el mundo e incomprensible sin él.

Este cambio de perspectiva puede ser enmarcado a la luz de las consideraciones que George H. Mead hace en *Espíritu, Persona y Sociedad*.⁶ En efecto, en la controversia entre

el individualismo metodológico y el holismo, Mead intercede negando que los conceptos *individuo* y *sociedad* sean cerrados y mutuamente exclusivos. Mead afirma que el individuo, como autoconciencia, es un emergente social a partir de una constitución biológica que lo posibilita pero no lo explica en su totalidad. La conciencia, se refiere tanto al organismo como a su medio y no es privativa de uno de ellos; no es la forma orgánica (estados mentales en el cerebro) la que inventa el trigo, ni el trigo el que inventa el alimento, es la relación de la forma con el medio lo que hace del trigo un alimento. La conciencia, entonces, es un emergente que surge de la relación del organismo con el medio. Este proceso es resuelto por Mead en términos biosociales, de ahí su "conductismo social". Para él, la experiencia no es mental ni individual, sino que tiene una dimensión social; el individuo no se da aislado sino con los "otros"; el proceso social dinámico en ejecución y los actos sociales son los elementos componentes del dato empírico. Para que surja la humanidad es preciso la comunicación. El proceso de comunicación utiliza el mecanismo fisiológico que posibilita la inteligencia, pero no puede desarrollarla por sí mismo, necesita del "otro", logra el desarrollo de su aparato inteligente porque es un individuo social.

Más adelante agrega que, debido al surgimiento del individuo autoconsciente, la sociedad es transformada a su vez, con lo que se completa el ciclo de interacción individuo-sociedad. Esto es aclarado cuando Mead explica la "razón". La estructura del sistema nervioso posibilita que los hombres puedan adoptar cualquier actitud correspondiente a los otros miembros del grupo. Pero si la conducta del individuo tiene tal potencialidad universal, la inversa también es verdadera, es decir, los otros también pueden adoptar cualquier actitud. Esto permite el control de la conducta de los demás a través del autocontrol. La racionalidad es la capacidad de anticipar la respuesta de los otros. El lenguaje permite al individuo actividades cooperativas, pero el lenguaje es definido como una serie de símbolos significantes, o de gestos que, posibilitados por la constitución orgánica, permiten provocar y anticipar la reacción en otros. No hay duda de que Mead es un pragmatista, la verdad se mide por sus efectos. Como veremos, el DSM-IV ha sido escrito en este mismo espíritu.

La injerencia de la sociedad en las taxonomías de los DSM

Estas afirmaciones nos sitúan en el centro de la problemática acerca de la injerencia de los factores sociales en la selección de teorías y en la denominación, definición y categorización de los objetos científicos. El DSM-IV reconoce la injerencia de lo social al punto de tenerla en cuenta en la formulación del diagnóstico. Para ello propone una evaluación multiaxial, que implica considerar varios ejes correspondientes a distintas áreas de información. Dichos ejes incluyen no sólo trastornos clínicos, trastornos de la personalidad y enfermedades médicas, sino también factores problemáticos psicosociales y ambientales. El DSM-IV reconoce explícitamente síndromes dependientes de la cultura (Apéndice I). Explícitamente se afirma que el objetivo es:

"Una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad y (...) se promueve, así, el modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación."⁷

Por otra parte, el DSM-IV responde a las dificultades que las categorizaciones anteriores mostraron ante la pluralidad cultural ya que esto parecía afectar el objetivo de aplicabilidad universalidad que se pretendía lograr con la taxonomía. Se reconoce aquí que un médico no familiarizado con el entorno cultural de su paciente, puede diagnosticar equivo-

cadamente como anormales, comportamientos, creencias y experiencias que son normales en otra cultura.

Sin embargo, los “trastornos mentales” son circunscriptos, en el DSM-IV, a anomalías sufridas por el individuo, rechazándose incluir en la definición de “trastorno mental” los comportamientos sociales considerados desviaciones de una norma culturalmente aceptada (p. ej. político, religioso, sexual), ni los conflictos entre el individuo y la sociedad. Esto significa que sólo se tomará en cuenta la injerencia de lo social cuando esté asociada a una disfunción individual. Un claro ejemplo de ello es la eliminación del término “homosexualidad” en el II Manual. En efecto, en la séptima edición del DSM-II aparece una nota especial aclarando que, por sustancial mayoría, se votó en un *referendum* de la American Psychiatric Association la eliminación de dicho término como indicador de un desorden mental y su sustitución por una nueva clase: “trastornos de orientación sexual”. Las razones del cambio de nomenclatura no se explicitan en el DSM-II, pero en el DSM-IV encontramos su justificación. En efecto, la normalidad de la conducta sexual estaría culturalmente determinada y podría ser considerada como un “trastorno mental” sólo cuando el comportamiento implique un riesgo para la estabilidad del individuo, como se señaló anteriormente. Es lícito preguntarse entonces, cual es la injerencia de los factores extracientíficos en la redefinición de dicho término categorial, y si la redefinición de la “homosexualidad” como una cuestión cultural es producto de una presión social originada en el tratamiento discriminatorio al que eran sometidos los homosexuales a causa de su categorización como enfermos mentales. El DSM-IV reconoce explícitamente que la pertenencia a una categoría puede no sólo condicionar nuestras percepciones, sino también servir de legitimante a la sociedad para discriminar y evaluar (estigmatización) a los individuos. Reconoce que la estigmatización que sufren aquellos a quienes aqueja un “trastorno mental” puede ser producida por el error de creer que la clasificación de los “trastornos mentales” clasifica a las personas siendo que en realidad sólo clasifica los trastornos que estas padecen. Reconoce incluso que la categorización puede servir para incriminar a los individuos, como el uso que se le da en Medicina Forense, contribuyendo a determinar el grado de responsabilidad que un individuo pueda asumir legalmente. Pero el DSM-IV no investiga el problema epistemológico de cómo las categorizaciones científicas alteran las categorías sociales, aunque hace un valioso aporte al dejar planteada la cuestión y abrir un interesante campo a la investigación. Pero entonces, ¿intervienen o no los factores sociales en la categorización de las enfermedades mentales tal como se describen en los DSM? ¿Cuáles son los criterios epistemológicos aplicados en estas taxonomías?

Los criterios epistemológicos

El análisis comparativo muestra que hay criterios comunes a todas las versiones de los DSM respecto a la definición de los términos: los trastornos son definidos a partir de la descripción de propiedades observables o signos y síntomas (cuando son definibles operacionalmente) lo que determinará su inclusión en una u otra categoría. Se supone que un número no especificado de atributos basta para diagnosticar un “trastorno mental”. La referencia a lo empírico es el criterio epistemológico último en la categorización. La suma de atributos definitorios (intención) determina la extensión, es decir, la cantidad de objetos que integran la categoría y asegura que las clases no se solapen. Las categorías, entonces, son

arbitrarias y no pretenden ser un calco del mundo, sino que tienen un valor sólo instrumental.

Si nos detenemos en el análisis del DSM-II, se hace evidente el deseo de evitar la cuestión de la legitimación teórica; encontraremos que responde a criterios nominalistas e instrumentalistas que evitan todo compromiso con afirmaciones ontológicas sobre cómo está organizado el mundo. Se trata simplemente, de la suspensión del juicio acerca de cuestiones que aún se están debatiendo y sobre las cuales no hay acuerdo.

El término "trastorno mental" es considerado un término teórico que sólo tiene un valor instrumental. No existe en el mundo, se sostiene, una entidad a la que pueda atribuírsele el nombre de enfermedad mental; sólo existen síntomas y signos observables. Pero éste no es el único caso, en efecto, en la Sección 7º, se señala la eliminación del término "reacción" usado en el DSM-I (por ej. "reacción esquizofrénica" es ahora "esquizofrenia"), y se aclara que esto se debe al deseo del Comité de la APA de eliminar términos que estén sujetos a controversias ya sea en cuanto a las causas o a la naturaleza del desorden, y deja libradas estas cuestiones al juicio de los usuarios. Se justifica diciendo que el Manual es usado por personas que sostienen distintos puntos de vista y que se abstiene de entrar en estas controversias atendiendo sólo al servicio que el Manual puede ofrecerles. El objetivo principal de los DSM es lograr una clasificación de los "trastornos mentales" que pueda ser utilizada universalmente. Esto permite inscribir el DSM-II en una tradición pragmatista. Pero el compromiso teórico estaba, en realidad, implícito.

En el análisis del DSM-III se hace evidente una postura empirista al constatar una acentuación de lo observable y medible sobre las consideraciones axiológicas y cualitativas a la hora de definir los términos categoriales. La sustitución del término "psicosis" por "trastorno" en el DSM-III, constituye un buen ejemplo. En el DSM-II, bajo la categoría general de "síndromes orgánico-cerebrales" se agrupaban las psicosis asociadas con síndromes orgánico-cerebrales (p. ej. la psicosis alcohólica). El DSM-III agrupa los síndromes orgánico-cerebrales eliminando dicho término. El término "psicosis" hace referencia no sólo a síntomas sino también a grados de intensidad cualitativos, al proceso desencadenante y al pronóstico de la enfermedad. El DSM-III deja de lado estas consideraciones y sopesa sólo la sintomatología clínica a la hora de decidir qué es un "trastorno mental" y de clasificarlos. El mismo se define teóricamente como afín al reduccionismo, pero esto no se afirma como modo de legitimar los criterios epistemológico sino circunstancialmente.

Sin embargo, podríamos encontrar en el DSM-III una tímida ocasión de naturalizar la taxonomía. En efecto, distingue entre "síndromes orgánico cerebrales" y "trastornos mentales orgánicos". Un "síndrome" es un conjunto de signos y síntomas psicológicos o conductuales que no hacen referencia a etiología alguna. Pero aquí, el término "trastorno mental orgánico" designa un síndrome orgánico cerebral particular (por ej. el delirium por abstinencia alcohólica) del que se cree conocer su etiología; es decir, su causa. Podría conjeturarse, que la posibilidad de elaborar una taxonomía natural de los "trastornos mentales" que responda a un orden real del mundo es positiva y una cuestión de tiempo en el orden epistémico; en efecto, el progreso científico puede ir descubriendo las etiologías de las enfermedades mentales hasta completarlas. Las afirmaciones reduccionistas características de este Manual proveen un marco teórico a esta aspiración; como vimos, el DSM-III sostiene un compromiso ontológico mucho mayor que el Manual anterior. Sin embargo, existe un estado de ignorancia acerca de la estructura interna de la mayor parte de los "trastornos

mentales” y en el *interim* es necesario disponer de una herramienta operativa, por ello, el criterio de clasificación usado en el DSM-III es el mismo que en el Manual anterior.

Sólo en el DSM-IV hay un reconocimiento de los problemas teóricos que implica una taxonomía y de que esto exige una definición de sus presupuestos ontológicos y epistemológicos. Así, el DSM-IV no sólo define la teoría a la que adhiere, sino que saca a la luz las teorías subyacentes a las versiones anteriores, marcando sus diferencias. Leemos:⁸

“Los términos ‘trastorno mental’ y ‘enfermedad médica’ se usan ampliamente a través de todo el manual (...) Hay que subrayar que éstos son términos de conveniencia y, por tanto, no debe pensarse que exista una diferencia fundamental entre los trastornos mentales y los trastornos físicos.”

Las consideraciones anteriores que señalan un cambio teórico reflejado en la modificación del significado del término, no impiden que el DSM-IV asuma la misma postura reduccionista que en las dos versiones anteriores, aunque lo hace aduciendo criterios instrumentalistas sin compromiso ontológico, ya que ha permitido tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología. El criterio aducido es claramente pragmático ya que justifica la selección de teorías en base a su capacidad de resolución de problemas. Esta postura es reforzada al no ser posible dar una definición precisa del término “trastorno mental” ya que se carece de una definición operacional que englobe todas las posibilidades. En efecto, todas las enfermedades médicas han sido definidas a partir ya sea de la consideración de su patología estructural, de su sintomatología, de su desviación de una norma fisiológica y/o de su etiología, sin que se haya podido demostrar que dichos criterios definitorios sean reductibles entre sí.

La consideración de factores extracientíficos en la elaboración de las taxonomías psiquiátricas, específicamente de los factores sociales, ha quedado en suspenso. Esto no quiere decir que de hecho existan movimientos ideológicos o interacciones socioculturales que interfieran en las clasificaciones. Pero quedan reducidos al subsuelo, y a consideración de estudios sociológicos, ya que explícitamente, y como vimos, por razones operativas, no se han tenido en cuenta en los DSM.

Conclusión

El análisis ha mostrado no sólo una evolución en el significado de los términos específicos usados por las categorías expuestas en las distintas versiones de los DSM, sino también en los supuestos ontológicos, señalando una estrecha conexión entre ambas transformaciones. La evolución va del reduccionismo físico-fisiológico afín al individualismo metodológico, al reconocimiento de la injerencia de los factores socio-culturales en los trastornos del individuo y en las mismas categorizaciones basada en una definición integral de lo humano; de una visión de la enfermedad considerada sólo como resultado de procesos orgánicos físicos y fisiológicos, a una consideración de la misma en la que la interacción del organismo bio-psíquico con su medio socio-cultural no queda fuera. Cabe preguntarse cuán profundo fue el cambio teórico que hemos señalado; y si ha afectado también los criterios epistemológicos utilizados en las taxonomías. Hemos sugerido que las variaciones están en el acento que se da, en una u otra versión, a la carga ontológica que se atribuye a los supuestos, pero que los criterios taxonómicos permanecen dentro del marco teórico provisto por el empirismo, específicamente por el pragmatismo. Aún en la última versión de los DSM, y a pesar del reconocimiento de la intervención de factores socio-culturales en el desarrollo de las en-

fermedades mentales y de la recomendación de tener en cuenta estas variables en el diagnóstico de las mismas, y de la adhesión a una visión integrada del hombre, los criterios epistemológicos usados en la definición y clasificación de los "trastornos mentales" son los mismos y se justifican con un criterio pragmático. Las explicaciones dadas por Mead a la "racionalidad", resultan perfectamente compatibles con el producto del pensamiento científico que analizamos. En efecto, las taxonomías podrían justificarse en la medida que permitan anticipar y, por ende, controlar, la respuesta de la comunidad científica ante la variedad de síntomas patológicos. Las taxonomías de los DSM serán verdaderas en la medida en que sus resultados sean eficaces para lograr estos fines.

Notas

- ¹ Las clasificaciones propuestas por dichas obras no siempre han coincidido, aunque se ha tenido muy en cuenta este objetivo en la redacción de los DSM. Así, el DSM-IV (1995), es perfectamente compatible con el ICD-10.
- ² El DSM-I apareció en 1952; el DSM-II en 1968, el DSM-III en 1983 y el DSM-IV en 1995.
- ³ Una breve reseña histórica acerca de las clasificaciones, en los EEUU, anteriores a los DSM es ofrecida en el DSM-II.
- ⁴ DSM-III, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, 1983.
- ⁵ DSM-IV, *op. cit.*, pág. XXI.
- ⁶ Mead, George H., *op. cit.*
- ⁷ DSM-IV, *op. cit.*, pág. 27.
- ⁸ DSM-IV, *op. cit.*, pág. XXIV.

Bibliografía

- Bernstein, Richard J., *Praxis y Acción*, Barcelona, 1997.
- Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-II*, published by American Psychiatric Association, Washington (DC), 1975, 8ª edición.
- Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III*, Barcelona, 1983.
- Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*, Barcelona, 1995.
- Hacking, Ian, *Representing and Intervening*, Cambridge University Press, Cambridge, 1990.
- Mead, George H., *Mind, Self and Society*, Chicago University Press, Chicago, 1934.
- Passmore, John, *100 Años de Filosofía*, Madrid, 1981.
- Quine, W V O., "Natural kinds", en *Naturalizing Epistemology*, Massachusetts, M.I.T., 1994.
- Rorty, Richard, *¿Esperanza o conocimiento? Una introducción al pragmatismo*, F.C.E., Bs. As., 1997.
- Stuart Mill, John, *Sistema de Lógica*, Madrid, 1917.