



ISSN: 2695-480X
SLMFC

Contenido:

Editorial	1
Primer Premio TMF SLMFCE	2
Segundo premio TFM SLMFCE	19

Editan:
Cristina Corredor
Lanas
David Pérez Chico

Maqueta:
Patricia García
Rodríguez

Revista de la Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia en España

Especial

Noviembre de 2021

Editorial

La Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia concede cada año los Premios a Mejores Trabajos de Fin de Máster defendidos el curso anterior. En esta convocatoria de 2021, los trabajos presentados a concurso debían haber obtenido una calificación de 9 o superior y situarse temáticamente dentro de las líneas de interés de la SLMFCE, además de haberse defendido el curso 2019-2020 y no haberse publicado con anterioridad. Un comité de especialistas los evalúa siguiendo el método de doble evaluación ciega, conforme a un conjunto de criterios que valoran la calidad y originalidad del trabajo. El premio incluye una ayuda económica y la publicación de los trabajos en esta Revista.

Los trabajos premiados en esta convocatoria 2021 han sido los siguientes:

1º Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

Autor: **Enrique Aranda Murillo**

Máster Interuniversitario en Lógica y Filosofía de la Ciencia - USAL, UGR, UVa

Directora: M^a Esther Romero González

2º Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

Autora: **Laura Delgado Vergés**

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

Directora: María Jiménez Buedo

El trabajo de Enrique Aranda ofrece una propuesta teórica para explicar los actos de habla en la ficción. Le interesa, en particular, explicar los especiales cambios normativos que introduce este tipo de uso del lenguaje, como la creación de verdades fictivas y normas que están vigentes en el mundo de ficción y que determinan, por ejemplo, que sea correcto llamar al personaje de *Alicia en el País de las Maravillas* con el nombre de Alicia, y no otro distinto. Teniendo en cuenta otras condiciones asociadas con la correcta realización de un acto de habla fictivo (la suspensión del compromiso de quien habla, ya señalada por

Austin, o su carácter de invitación, como recientemente ha defendido García-Carpintero), el trabajo hace uso de la noción de acto informativo para defender que estos actos de habla han de tratarse como declarativos, donde quien habla informa además de su intención de ficcionar.

Laura Delgado Vergés estudia una cuestión que tiene importantes implicaciones sociales, al confrontar el problema de cómo se han clasificado y tratado los trastornos mentales en psiquiatría. Además de prestar atención a algunos conceptos fundamentales, como el de la naturaleza de estos trastornos, reconstruye la historia de las propuestas de clasificación y los criterios adoptados en la práctica psiquiátrica. Tras un recorrido por las sucesivas ediciones del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publicado por la American Psychiatric Association desde 1952 y hasta su última edición de 2013), concluye que el enfoque biomédico paradigmático en la actualidad, basado en la teoría biológica y en el modelo mecánico, no puede considerarse completo, y alerta de la necesidad de vigilar la acción de los agentes sociales implicados (como las farmacéuticas).

Esta convocatoria tiene como objetivo apoyar el trabajo de los investigadores e investigadoras más jóvenes, motivándoles a continuar en su trayectoria al mismo tiempo que se difunden y destacan sus logros iniciales. Es una gran satisfacción haber podido recibir, en respuesta a esta convocatoria, un conjunto de trabajos que, además de estar bien escritos y metodológicamente bien elaborados, destacan por su interés y originalidad. Y, lo que tiene una significación especial, muestran que la investigación más joven se orienta hacia cuestiones y problemas que se plantean y tienen máxima relevancia en nuestra vida cotidiana.

Cristina Corredor Lanas
Presidenta de la SLMFCE



PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

Enrique Aranda Murillo

Máster Interuniversitario en Lógica y Filosofía de la Ciencia - USAL, UGR, UVa

Directora: M^a Esther Romero González



RESUMEN

El objetivo de este trabajo es explicar cómo ciertas preferencias pueden llegar a generar ficciones. El marco de referencia en el que se encuadra es la teoría de los actos de habla desde la que se han ofrecido distintas explicaciones para dar cuenta de este fenómeno. Los principales rasgos que caracterizan al discurso de ficción son la ausencia de los compromisos que habitualmente adquiere el hablante con sus preferencias y los cambios normativos resultantes de la producción de una ficción. Sin embargo, las propuestas disponibles en la literatura reciente no logran explicar este último rasgo. Para dar cuenta de ello, en este trabajo se propone que, de acuerdo con Austin (1962) cuando se usa el lenguaje para producir una ficción, las preferencias se decoloran: la referencia de los términos referenciales deja de importar y no se adquieren compromisos convencionalmente asociados a usos serios de dichas preferencias. No se realizan por tanto los actos de habla ilocucionarios asociados habitualmente a ellas. Pero, a diferencia de Austin, aquí se considera que dichas preferencias decoloradas sí que realizan un acto de habla indirecto de ficcionalizar. Dicho acto de habla está inspirado en el acto de habla que García-Carpintero (2016) considera responsable de la producción de los discursos de ficción. No obstante, para García-Carpintero dicho acto de habla pertenece al tipo de los directivos, algo que aquí se encuentra problemático para justificar los compromisos normativos que se generan cuando se produce una ficción. Para dar cuenta adecuadamente de dichos cambios normativos, se considera que el acto de habla responsable de la producción del discurso de ficción, siguiendo la taxonomía de Searle (1975) es un acto de habla declarativo y que, además, se lleva a cabo a través de un acto ilocucionario informativo al estilo de los informativos de Clark y Carlson (1982).. El acto declarativo, cuando se lleva a cabo correctamente, genera la ficción y tiene como efectos ilocucionarios los cambios normativos resultantes de la producción de la misma.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	2
2.	AUSTIN Y LA DECOLORACIÓN DEL DISCURSO DE FICCIÓN	5
3.	CLARK Y CARLSON: EL ACTO ILOCUCIONARIO INFORMATIVO	8
4.	GARCÍA-CARPINTERO Y LOS ACTOS DE HABLA DE FICCIONALIZAR	10
5.	FICCIONALIZAR COMO UN ACTO DECLARATIVO	14
6.	ACTOS INFORMATIVOS DE FICCIONALIZAR.....	15
	CONCLUSIONES	17
	BIBLIOGRAFÍA	18

INTRODUCCIÓN

Una teoría que pretenda dar cuenta del funcionamiento del lenguaje no puede ser adecuada si no es capaz de explicar, además del funcionamiento del uso del lenguaje en circunstancias apropiadas, el funcionamiento de su uso en circunstancias no apropiadas. Uno de estos usos en circunstancias no apropiadas se da en el discurso de ficción. De ahí que, en esta ocasión, se aborde el problema de cómo funcionan las preferencias que constituyen ficciones.

Las circunstancias no apropiadas en las que se da el discurso de ficción difieren de lo que se consideran circunstancias apropiadas para el uso de un procedimiento convencional. Estas últimas se incluyen en el procedimiento que tiene cierto efecto convencional, procedimiento que incluye la emisión de ciertas palabras por ciertas personas en ciertas circunstancias. Si las circunstancias particulares en las que se emite una expresión (normalmente oracional) encajan en las del

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

procedimiento convencional, se apela a dicho procedimiento. Si no, usar el procedimiento no tiene el efecto convencional asociado al procedimiento. Por ejemplo, no se puede apostar en una carrera de caballos cuando la carrera ha terminado. Las circunstancias apropiadas pueden entenderse como el conjunto de elementos que rodean los usos serios del lenguaje, esto es, las situaciones en las que se llevan a cabo acciones como afirmar, preguntar, dar órdenes o apostar. Las circunstancias no ordinarias, en cambio, son aquellas en las que se llevan a cabo usos laterales o subsidiarios del lenguaje, es decir, acciones menos frecuentes y que dependen de los usos serios del lenguaje. Esta dependencia radica en que para poder usar el lenguaje de forma no seria es necesario ser consciente de lo que habría significado usar el lenguaje de forma seria en esa misma situación. Ejemplos de usos no serios del lenguaje, además de la ficción, son los chistes, los soliloquios, las citas o las declamaciones de un actor en escena.

De las circunstancias no ordinarias el elemento determinante en el uso no serio es la intención del hablante, aunque existen algunos rasgos que nos permiten caracterizar el uso no serio del lenguaje en la ficción del uso serio de esa misma expresión, no hay diferencias semánticas entre usos serios y usos no serios del lenguaje¹.

En circunstancias apropiadas, el uso de oraciones como (1)

(1) Alicia está sentada bajo un árbol de su jardín.

sirve no solo para expresar una proposición, sino también para llevar a cabo un acto de habla aseverativo. (1) incluye la expresión referencial "Alicia" y su emisión permite a los hablantes hablar sobre objetos del mundo; en este caso, sobre Alicia. Si (1) se usara en las circunstancias no ordinarias que rodean a un discurso de ficción, en la circunstancia por ejemplo en la que no hay ninguna persona llamada "Alicia", ¿se podría decir que "Alicia" refiere a un objeto del mundo? Si la respuesta es negativa, o bien el uso de oraciones como (1) no expresa ninguna proposición o quizás el papel de este tipo de expresiones en circunstancias especiales no sea

1. Existen expresiones como "hobbit" vinculadas a la ficción que parecen no tener un uso serio. Sin embargo, si alguien habla de hobbits, su preferencia puede formar parte de un discurso de ficción o no, podría estar hablando sobre uno de estos discursos. El primer caso estará incluido en un uso no serio del lenguaje mientras que el segundo será una preferencia para fictiva o metafictiva que habla sobre ese discurso de ficción, formará parte del uso serio del lenguaje. Los dos usos son posibles.

contribuir con un objeto a la proposición que expresa, algo que también se podría decir de su uso en circunstancias normales. Explicar este uso no ordinario de los términos referenciales requeriría una determinada teoría para su uso ordinario². Por otro lado, si se considera el acto de habla aseverativo que se realiza al emitir (1) en circunstancias apropiadas, este acto compromete al hablante con la verdad del contenido proposicional expresado. Sin embargo, no parece que el uso de (1) en un discurso de ficción conlleve el compromiso del autor con la verdad del contenido proposicional expresado, en caso de que haya tal contenido; no parece que al emitir (1) el autor del discurso asevere nada. El acto de habla ilocucionario asociado a la preferencia de (1) falla cuando la emisión de (1) forma parte de un discurso de ficción. Teniendo en cuenta esta primera aproximación a las diferencias entre usar (1) en circunstancias normales y especiales, surge el problema al que se enfrentará este trabajo: determinar el comportamiento de las preferencias que constituyen las ficciones y sus propiedades en contraste con su comportamiento en discursos serios.



El objetivo general de este trabajo es proponer una explicación a cómo ciertas preferencias llegan a constituir ficciones. La hipótesis con la que se trabaja es que el discurso de ficción se lleva a cabo por medio de preferencias decoloradas, preferencias en las que rasgos como el acto ilocucionario o el acto rético del acto locucionario pueden legítimamente no llevarse a cabo y donde el hablante no adquiere los compromisos que habría adquirido de haber realizado la misma preferencia en circunstancias apropiadas. Estas preferencias producen a su vez actos de habla indirectos de hacer una ficción que se realizan a través de actos de habla informativos. Estos actos de habla indirectos se caracterizan por ser, de acuerdo con los criterios usados en la taxonomía de Searle (1975a), un tipo de acto de habla declarativo y porque se llevan a cabo por el fallo en la realización de actos ilocucionarios que serían exitosos en circunstancias no especiales. Los actos de habla declarativos de hacer una ficción, cuando son correctos, crean la ficción en el mundo al hacer fictivo el contenido proposicional de las preferencias mediante las que se lleva a cabo. Esto es lo característico del acto de hacer una ficción. De este modo el hablante que hace

2. Teóricos como García-Carpintero (2016), que defienden una propuesta descriptivista sobre el comportamiento proposicional de los términos singulares, suelen apelar a la homogeneidad de su contribución tanto en usos serios como no serios.

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

un uso fictivo de las expresiones declara que el contenido proposicional de su preferencia decolorada es fictivo y, al declararlo correctamente, produce la ficción. El acto de informar se lleva a cabo con éxito cuando el oyente comprende que el hablante está ficcionalizando y por el hecho de que el acto informativo se lleva a cabo con éxito se sigue que el acto ilocucionario del que se informa es también exitoso. Con el uso fictivo de (I) el hablante informa al oyente de que al decir que Alicia (sin hacer referencia a un objeto concreto) está sentada en el jardín de su casa no asevera este contenido sino que lo hace fictivo. Si su acto informativo tiene éxito, también lo tendrá su acto declarativo y así se produce la ficción.



Esta propuesta se entiende desde la teoría de actos de habla tal y como se estudia en el ámbito de la Filosofía del lenguaje y, aunque es original, no es la primera propuesta que desde este ámbito trata de explicar la producción del discurso de ficción. Hay quienes señalan como John Austin (1962) que para dar cuenta del

discurso de ficción no hacen falta consideraciones especiales en la teoría de los actos de habla, no hay tipos ilocucionarios que caractericen a esos actos de habla, basta con saber que son usos no serios de nuestras emisiones que generan actos de habla decolorados. En esta línea también se sitúa John Searle (1975b), aunque este autor explica que son actos de habla fingidos que incumplen las reglas regulativas y constitutivas del acto ilocucionario, reglas verticales, para activar convenciones horizontales, no semánticas y propias de la ficción que rompen con las reglas verticales y permiten al hablante suspender los compromisos que habría adquirido de haber realizado su preferencia seriamente. Por el contrario, Gregory Currie (1985) considera que hay un tipo de acto de habla ilocucionario que se lleva a cabo con las preferencias del discurso de ficción: el tipo ilocucionario de ficcionalizar. Este se caracteriza mediante las intenciones comunicativas que el hablante tiene cuando usa el lenguaje en un discurso de ficción, pero como Manuel García-Carpintero (2016) considera, la correcta producción de los actos de habla viene también dada por el seguimiento de reglas y por el hecho de que los actos de habla fingidos juegan un papel en la producción de los actos de habla ilocucionarios que se realizan con las preferencias del discurso de ficción. El

papel que juegan los actos de habla fingidos es el de desencadenar actos de habla indirectos de ficcionalizar regidos por una norma particular, la norma de ficcionalizar. La similitud de esta propuesta con la hipótesis que aquí se defiende es notoria, aunque, como se verá en este trabajo, el acto de habla indirecto de ficcionalizar no es un acto directivo en el que se invita al oyente a imaginar, sino que es del tipo de los actos declarativos. Además, el acto de habla indirecto se realiza por medio de un acto de habla informativo en el que el hablante informa de que ficcionaliza.

De las teorías mencionadas, en este trabajo se parte de la idea de Austin (1962, pág. 22) de que las preferencias del discurso de ficción son preferencias decoloradas, es decir, son preferencias que emitidas en circunstancias especiales permiten al hablante prescindir de compromisos que habría adquirido de haber emitido la oración en circunstancias apropiadas. No obstante, para poder interpretar un uso no serio de (I) como una acción comunicativa correcta y no meramente como un error del hablante así como para justificar los cambios normativos que se dan en el mundo cuando se produce una ficción, es necesario que haya algún acto ilocucionario (Austin, 1962, pág. 116), cosa que no sucede en las preferencias decoloradas tal y como las entiende Austin. Para solucionar estos problemas, se considera la teoría de los actos de habla informativos de Clark y Carlson (1982) aplicándola a usos no serios del lenguaje. La hipótesis que se baraja es que cuando se realizan preferencias decoloradas, junto a la preferencia decolorada se lleva a cabo un acto ilocucionario informativo, de lo que se informa es de la realización de algún otro acto ilocucionario. Ahora bien, ¿de qué acto ilocucionario se informa? Con la preferencia decolorada a lo sumo se realiza un acto locucionario y este acto no puede, por sus características, ser responsable de los cambios normativos que se dan en el mundo.

Una forma prometedora de resolver el problema es mediante un acto de habla propio de hacer una ficción. Las preferencias del discurso de ficción quedan caracterizadas como aquellas que se utilizan para producir un acto de habla de hacer una ficción. Manuel García-Carpintero (2016) sostiene que dicho acto de habla, al que él llama “acto de habla de ficcionalizar”, es un acto de habla indirecto que se caracteriza por invitar a un oyente a imaginar un determinado contenido proposicional; es un directivo en la clasificación de Searle (1975a). El problema de esta propuesta es que los

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

cambios normativos producidos por la ficción no pueden explicarse como efectos ilocucionarios de un directivo y existen casos en los que puede producirse una ficción sin que el hablante tenga la intención de invitar al oyente a imaginar nada. Por tanto, la caracterización del acto de habla de ficcionalizar de García-Carpintero es errónea. Para solucionar esto, en este trabajo se defiende que el tipo de acto de habla al que pertenece el acto de ficcionalizar es el tipo de los declarativos, donde el éxito del propio acto supone la producción de la ficción. El papel del acto informativo, una vez tenemos un acto ilocucionario llevado a cabo mediante las preferencias decoloradas, es el de informar de que se está realizando dicho acto declarativo. Solo a través del acto ilocucionario de informar es posible realizar exitosamente el acto ilocucionario de ficcionalizar.

El cumplimiento de los objetivos de este trabajo llevan a estructurarlo de la siguiente manera. En la sección 2 se expondrá la teoría de las preferencias decoloradas de Austin así como el problema que lleva a exponer en la sección 3 la teoría de los informativos de Clark y Carlson adaptada a los usos no serios del lenguaje. Como la adaptación de la teoría de Clark y Carlson no logra solucionar el problema, se plantea si la teoría podría solucionarlo si se considera que las preferencias decoloradas indirectamente realizan un acto ilocucionario del que se informa. Un buen candidato a este acto ilocucionario es el acto de habla específico de hacer una ficción. Por ello, en el apartado 4 se expone la teoría de la ficción de García-Carpintero que caracteriza el acto de habla de hacer una ficción como un acto de invitar al oyente a imaginar el contenido proposicional del acto de habla. Esta caracterización de García-Carpintero del acto de ficcionalizar como un directivo, sin embargo, tiene el problema antes mencionado que conduce a un nuevo análisis de dicho acto de habla. Este se lleva a cabo en el apartado 5 donde se concluye que el acto de habla de producir una ficción pertenece al tipo de los actos de habla declarativos. En el apartado 6 se muestra cómo el acto declarativo de ficcionalizar se lleva a cabo mediante un acto informativo. Por último, en el apartado 7 se presentan las conclusiones de este trabajo.

2. AUSTIN Y LA DECOLORACIÓN DEL DISCURSO DE FICCIÓN

En *Cómo Hacer Cosas con Palabras* Austin denuncia que el excesivo interés por la verdad hace que no nos demos cuenta de que no solo hay usos constatativos sino realizativos del lenguaje (1962, págs. 1-5). El lenguaje en los usos realizativos pone de manifiesto con claridad

que sirve para llevar a cabo acciones. Cuando Ángel está jugando al ajedrez con un amigo y usa (2)

(2) Jaque

Ángel está advirtiéndole a su rival de que la jugada que ha realizado es jaque. El acto de advertir se realiza al proferir (2) en las circunstancias descritas. Estas emisiones han pasado desapercibidas por el interés desorbitado de los filósofos en las emisiones constatativas, emisiones como la de (1) en circunstancias normales a las que les concierne el valor de verdad. Cuando alguien en circunstancias normales emite (1) describe una situación. Su emisión puede ser verdadera o falsa en la medida en que la proposición expresada con el uso de (1) sea una cosa u otra. Las emisiones constatativas son aquellas que nos sirven para describir hechos (uso constatativo del lenguaje).

Austin estudia las condiciones bajo las cuales se realizan las acciones llevadas a cabo con la preferencia de (2) mediante el estudio del significado de los realizativos explícitos. En el caso de (2) este estudio nos llevaría a ver cuáles son las reglas que se siguen para la realización del acto de advertir o que dan el significado de “te advierto”, el realizativo explícito en (3). Con (3)

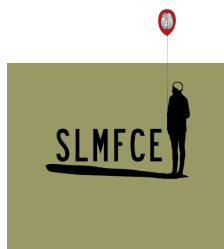
(3) Te advierto de que es jaque

Ángel advierte explícitamente que es jaque, al igual que advertía eso con la emisión de (2), aunque con (2) lo hacía implícitamente³. Cuando todo sale bien, no se puede decir que la preferencia de (3) es verdadera, sino que el acto de advertir se ha realizado con éxito. Cuando algo sale mal, no decimos que la preferencia de (3) es falsa sino que no es exitosa. Lo mismo ocurre con la preferencia de (2). Como hay distintas condiciones por las que una preferencia puede fallar, Austin elabora la Doctrina de las Infelicidades (1962, pág. 14). Si se estudia cómo puede fallar una preferencia de (3), se ven las condiciones necesarias para la realización del acto exitoso. Por ejemplo, la emisión de (3) para advertir no podrá ser exitosa en una cultura en la que el ajedrez no exista o en una en la que (3) no sea el resultado de la aplicación de un procedimiento convencional para advertir. Si la emisión de (3) no fuera, como sí lo es, parte

3. Hacer explícito lo que uno hace, según Austin, no es describir lo que uno está haciendo. Sin embargo, según Bach (1994), Austin nunca se planteó qué dice alguien al proferir (3). El hablante puede estar advirtiéndole el jaque pero de inmediato parece que está también diciendo (incluso si no lo asevera) que él le está advirtiéndole del jaque, en cuyo caso lo que está diciendo es verdadero o falso. Es verdadero si está haciendo esa advertencia.

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

de un procedimiento convencional, no se habría producido el acto en cuestión. Emitir (3) no contaría como un acto de advertir. A veces el error, nos dice Austin, no proviene del procedimiento convencional ni de su aplicación, sino de que los participantes tengan los pensamientos o sentimientos adecuados o que se comporten de modo adecuado. Cuando esto falla se da lugar a abusos (1962, pág. 16).



La caracterización de las emisiones realizativas permite a Austin defender que con los usos constatativos también se llevan a cabo ciertas acciones, acciones a las que también se les aplica la Doctrina de las Infelicidades. Cuando se emite (1) el hablante asevera algo y aseverar es una acción que se realiza o no con éxito. De hecho, el tipo de acciones consideradas hasta ahora que se llevan a cabo con el uso del lenguaje son, según Austin, actos ilocucionarios, actos que se realizan al llevar a cabo un acto de decir algo, o un acto locucionario, que supone la realización de la emisión de sonidos (acto fónico) pertenecientes a un cierto vocabulario y con una sintaxis adecuada (acto fático), y con una referencia y sentidos asociados (acto rético). Aunque el acto rético implique a los actos fónicos y fáticos, no es equivalente al acto locucionario. Para ello es necesario que el resultado del acto rético quede aunado en una proposición. Para conseguir esto resulta necesario el trópico, otro ingrediente del acto de habla que da unidad a la proposición agrupándola en un modo concreto. Este modo puede ser imperativo, interrogativo o afirmativo. Además, el trópico permite en numerosos casos relacionar a la proposición con la fuerza ilocucionaria que lleva a cabo. El modo imperativo se relaciona con peticiones u órdenes, el interrogativo con preguntas y el afirmativo con aseveraciones (Hare, 1970, págs. 11-12). A veces, además, se realizan actos perlocucionarios por haber llevado a cabo un acto locucionario y, con él, un acto ilocucionario (1962, pág. 108). El acto perlocucionario hace referencia a la producción de efectos o consecuencias en los sentimientos o las acciones del interlocutor. Son, a diferencia de los efectos ilocucionarios, efectos naturales o causales del acto de decir algo.

La Doctrina de las Infelicidades se aplica no solo a los actos ilocucionarios (llevados a cabo con realizativos explícitos o no), sino también a los otros actos del habla que realizamos con las preferencias (1962, pág. 20). Si Marta emite (4)

(4) El actual rey de Francia es calvo

falla el acto rético porque “el actual rey de Francia” refiere a algo que no existe. El acto falla en el mismo sentido en el que falla el acto de legar un bien que no poseo. El acto ilocucionario de Marta, por el fallo en la referencia, sería nulo.

Ahora bien, para llevar a cabo actos ilocucionarios con éxito, no solo hay que seguir las reglas que los caracterizan, sino que deben darse, según Austin, tres tipos de efectos ilocucionarios:

1. La adecuada comprensión del acto de habla. La comprensión del acto de habla no solo cuenta como un efecto del acto ilocucionario, sino que es fundamental para que el acto de habla sea un acto de habla exitoso. La comprensión del acto de habla en este sentido implica el correcto entendimiento del significado y la fuerza de la ilocución. La realización de un acto de habla exitoso incluye asegurar la comprensión de dicho acto.
2. Efectos que cambian los hechos normativos: efectos o cambios que después de ellos suponen que ciertos actos están fuera de lugar. Por ejemplo, cuando se bautiza a un niño, nuestro acto de bautizar conlleva cambios en el mundo. Estos cambios se producen por el acto ilocucionario.
3. La invitación a llevar a cabo una determinada respuesta en función del acto de habla que se lleva a cabo. Por ejemplo, a cumplir una petición o responder una pregunta (1962, pág. 116).



Estos efectos, que no están relacionados con el hecho de que haya un procedimiento convencional que se aplica adecuadamente ni con el hecho de que los participantes tengan los estados mentales apropiados, esto es, que no dependen meramente de seguir las reglas en contextos ordinarios, le permiten a Austin hablar de otros modos en los que fallan los actos de habla ilocucionarios. Uno de estos modos es cuando el oyente no comprende la preferencia. Si no hay comprensión por parte del oyente no hay acto de habla ilocucionario.

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

Otro modo aparece cuando se usa no seriamente el lenguaje en circunstancias especiales (1962, págs. 21-22). Si profiero (5)

(5) Te prometo que llegaré pronto.

como un verso dentro de un poema, mi uso del lenguaje es un uso no serio y ello provoca que mi acción no sea exitosa, aunque la causa de ello no atente directamente contra las reglas estipuladas por Austin para la correcta realización del acto en circunstancias ordinarias.

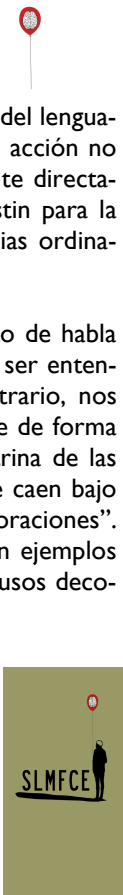
Para que un acto de habla pueda ser un acto de habla exitoso debe ser proferido de forma seria y ser entendido como tal (1962, pág. 9). En caso contrario, nos encontramos con un acto de habla deficiente de forma diferente a las formas analizadas en la Doctrina de las Infelicidades. Los usos no serios del lenguaje caen bajo lo que Austin llama "Doctrina de las Decoloraciones". Los chistes, los soliloquios y los poemas son ejemplos de usos no serios del lenguaje y, por tanto, usos decolorados.

Estos usos no serios del lenguaje son usos parasitarios de los usos serios (1962, pág. 22). Esto quiere decir que el entendimiento de un uso no serio del lenguaje presupone el entendimiento de su uso serio. No puedo entender lo que significa la preferencia no seria de (5) sin saber qué habría significado de haberla usado de forma seria.

Ahora bien ¿qué significa que las preferencias del discurso de ficción sean preferencias decoloradas? Parece que la decoloración apunta al debilitamiento de algún aspecto de la preferencia. Marina Sbisà (2007, pág. 469) afirma que Austin caracteriza a las citas como una decoloración en la autoridad, a los soliloquios como una decoloración en la dirección, a las preferencias de los actores en escena como una decoloración en ambas, los chistes como una decoloración del sentido y la ficción como una decoloración de la referencia. No obstante, no hay que confundir la decoloración de la referencia con el fallo en el acto rético de referir como el que se da en (4). Si (1) forma parte de un discurso de ficción como *Alicia en el País de las Maravillas*, aunque tiene un término referencial como "Alicia" no se lleva a cabo un acto de referir porque el objeto al que refiere "Alicia" no existe. Sin embargo, en las circunstancias especiales en las que se usa (1) el uso no requiere dicho acto y Lewis Carroll está usando correctamente el lenguaje. Esto diferencia a un acto meramente fallido de un acto decolorado.

Por su parte Joe Friggieri (2014) sostiene que lo característico de las preferencias decoloradas es la ausencia de la fuerza ilocucionaria como consecuencia de que el hablante no realiza sus actos de habla sino que tan solo finge realizarlos. Sin embargo, considero que la interpretación de Friggieri no es correcta; la ausencia de fuerza ilocucionaria no es el resultado de que el hablante esté fingiendo, tan solo es el resultado de que el hablante no tiene la intención de llevar a cabo el acto ilocucionario. Si la interpretación de Friggieri fuera correcta, el hablante no solo debería tener la intención de no realizar su acto de habla, cosa que las circunstancias particulares del discurso no serio le permiten, sino que también debería tener la intención de fingir que está realizando el acto de habla y ello no es necesario. Cuando se lleva a cabo un acto de habla utilizando el lenguaje de forma no seria, por ejemplo, cuando un narrador contando una historia emite (5) en escena, el acto ilocucionario del acto de habla no se lleva a cabo y nadie piensa que el narrador sea responsable del cumplimiento de su palabra. Esto sucede porque las circunstancias en las que el acto de habla se lleva a cabo son circunstancias que permiten legítimamente al hablante no adquirir los compromisos que habría adquirido de haber realizado su preferencia de forma seria: las reglas de los actos ilocucionarios no se tienen que cumplir porque es ostensivo que no se tiene la intención de seguirlas. El autor de una ficción ni está mintiendo ni finge. Tampoco lleva a cabo un abuso porque deja claro que no posee los estados mentales específicos requeridos. Simplemente no lleva a cabo su acto de forma particular, apoyándose en circunstancias que le permiten no hacerlo sin, por ello, realizar un mal uso del lenguaje.

De acuerdo con lo dicho hasta ahora, podemos extraer de la teoría de Austin que el discurso de ficción se produce a través de actos de habla fallidos y que la razón por la que son fallidos dichos actos de habla no tiene que ver con las características particulares de los mismos, las reglas que los gobiernan, sino con las circunstancias en las que se ve envuelta la realización del propio acto. Los actos de habla que componen la ficción son actos de habla producidos de forma no seria. En estos actos de habla se dan actos fónicos y fáticos y puede haber fallos en el acto rético. El acto ilocucionario no se produce pues el hablante no tiene la intención de adquirir los compromisos que adquiriría si estuviera usando el lenguaje en serio. Además, las circunstancias en las que se utiliza el lenguaje permiten al hablante no adquirir dichos compromisos de forma legítima. Estas diferencias entre la producción del acto de habla usando el lenguaje de forma seria y la producción del acto de habla no serio son las que caracterizan a las preferencias decoloradas.



PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

La propuesta de Austin nos sirve para entender algunos rasgos de las preferencias del discurso de ficción, en particular, el concepto de preferencia decolorada nos permite ver cómo el hablante puede debilitar rasgos de sus preferencias legítimamente y, así mismo, el hecho de que este tipo de preferencias sean parasitarias da cuenta de que podamos entender el significado de las preferencias en usos no serios siempre que se sepa su significado en usos serios.

No obstante, hay un problema que la posición de Austin no puede solucionar. Si un hablante no está realizando ningún acto ilocucionario cuando utiliza el lenguaje de forma no seria, sus acciones, de acuerdo a la teoría de Austin (1962, pág. 116), no deberían producir cambios normativos en el mundo. No obstante, no parece que esto sea así. Cuando un autor genera una ficción mediante un discurso, habilita a los participantes de este discurso a hacer ciertas cosas gracias a que se producen numerosos cambios normativos en el mundo. Por ejemplo, los participantes de ese discurso se referirán a esa ficción por su título y a los personajes de la misma por los nombres que les ha dado uno de ellos, el autor. Después de que (1) forme parte de *Alicia en el País de las maravillas*, yo puedo aseverar que en *Alicia en el País de las Maravillas*, Alicia está sentada en el jardín de su casa y no puedo llamar a ese personaje de ficción “Ana Karenina”. Esto supone que debe haber algunos efectos ilocucionarios que caracterizan a algún acto ilocucionario que el autor lleva a cabo; supone que el hablante debe estar haciendo algo en serio, aunque no esté llevando a cabo los actos de habla ilocucionarios que normalmente se habrían llevado a cabo con las preferencias de ciertas oraciones en circunstancias no especiales.

En la siguiente sección se comprobará si es posible solucionar este problema apoyándonos en la teoría del acto de habla informativo de Clark y Carlson.

3. CLARK Y CARLSON: EL ACTO ILOCUCIONARIO INFORMATIVO

En “Hearers and Speech Acts”, Clark y Carlson (1982) señalaron que las teorías de actos de habla anteriores habían pasado por alto un aspecto importante de los intercambios comunicativos y que, por ello, eran incompletas. Con cada preferencia, afirman Clark y Carlson, se realizan dos tipos de actos ilocucionarios. Uno de ellos es el caracterizado de un modo u otro por las distintas teorías de los actos de habla y es el tipo de acto ilocucionario que está dirigido a un destinatario (aunque el destinatario puede ser un grupo de personas). Una aserción, una promesa, una disculpa, etc. son

actos ilocucionarios de este tipo. El otro acto ilocucionario llamado “informativo”, se dirige a todos los participantes de la conversación, sean o no los destinatarios, y es el tipo de acto ilocucionario que no se ha tenido en cuenta según estos autores. Este acto tiene por objeto informar a todos los participantes del acto de habla que se dirige al destinatario. Además, cada uno de los actos ilocucionarios que se dirigen a un destinatario se realizan mediante un informativo.

Se puede mostrar mejor la propuesta de Clark y Carlson con un ejemplo. En (6)

(6) *Alba a Enrique con Raquel delante: Ven conmigo*

Alba está pidiendo a Enrique que vaya con ella. Según las teorías tradicionales, la petición de Alba cuenta como un intento de conseguir que Enrique haga algo, que vaya con ella, donde Enrique es el destinatario del acto de habla ilocucionario en cuestión. Ahora bien, Alba también está informando a Raquel (y a Enrique) de que está pidiendo a Enrique que vaya con ella. Con la preferencia (6) se lleva a cabo un acto de habla informativo dirigido a todos los participantes de que se está llevando a cabo un acto de habla ilocucionario, una petición, dirigido a uno de ellos, a Enrique. El ejemplo (6) nos sirve para ver cómo mediante nuestra preferencia estamos llevando a cabo dos actos de habla ilocucionarios en lugar de uno. Podría pensarse que el acto de habla informativo se presenta solo cuando hay más de un interlocutor en la conversación, pero eso no es así. Lo que ocurre es que cuando hay más de un interlocutor y el destinatario no coincide con otros participantes, es más sencillo ver la propuesta de que con toda preferencia los hablantes llevan a cabo dos tipos de acto de habla ilocucionario.

Además, Alba cuenta con que mediante su acto de informar a Enrique de que le está pidiendo que vaya con ella, su petición sea exitosa. En el caso en el que el informativo no sea exitoso para el destinatario, tampoco lo será el acto de habla ilocucionario estándar. Esto significa, como ya se ha adelantado, que los actos de habla estándares se llevan a cabo mediante actos de habla informativos.

¿Qué ocurre con las preferencias decoloradas de Austin? ¿Puede darse cuenta de los cambios normativos generados por la ficción si se tiene en cuenta la teoría de los informativos? Como vimos en la teoría de Austin, las preferencias decoloradas del discurso de ficción no realizan el acto de habla ilocucionario que habrían realizado de haber sido proferidas seriamente. Por lo

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

tanto, no se puede justificar desde la teoría de Austin los cambios que la emisión de dichas preferencias genera en el mundo y que coinciden con la segunda de las características que Austin atribuye a los efectos ilocucionarios (1962, págs. 115-117). Si completamos la teoría de las preferencias decoloradas de Austin con la teoría de los informativos de Clark y Carlson (algo necesario según estos autores para tener una teoría de actos de habla correcta), podríamos tener un acto serio responsable de los cambios normativos sin perder ninguna de las virtudes que la teoría de las decoloraciones proporcionaba a nuestra explicación sobre cómo llega a generarse el discurso de ficción. Esto puede apreciarse mejor con un ejemplo anterior.



Cuando Lewis Carroll emite (1) como parte de un discurso de ficción, está llevando a cabo, en primer lugar, un acto de habla informativo. Este acto de habla informativo no informa a los participantes de que se está realizando el acto ilocucionario

de aseverar que Alicia está sentada bajo un árbol en su jardín, algo que sí ocurriría si el uso de (1) se diera en circunstancias normales. En ese sentido difiere del caso del informativo que se lleva a cabo en (6), donde el hablante informa a los participantes de la petición dirigida al destinatario. ¿De qué informa entonces la preferencia no sería de (1)? Se podría pensar que el acto informativo que acompaña a la preferencia no sería de (1) debe informar de que se ha llevado a cabo un acto locucionario. Al no informar del acto ilocucionario, el oyente es consciente de que el hablante no está realizando una aseveración y con ello de que el hablante no expresa la actitud asociada a la fuerza ilocucionaria que el modo de esa oración codifica. El hablante de (1) no expresa que cree que Alicia está sentada bajo un árbol en su jardín por más que haya dicho eso. Sin embargo, este movimiento supondría variar la teoría de los informativos de Clark y Carlson puesto que el acto informativo no sería en estos casos de un acto ilocucionario sino meramente locucionario. Ahora bien, si se aceptara este cambio, ¿podría el informativo de actos locucionarios justificar los cambios normativos que estas preferencias suponen y que la teoría de las decoloraciones no podía explicar?

La cuestión a analizar ahora para ver si el acto de habla informativo así descrito consigue resolver el problema de los cambios normativos es si entre los efectos de un acto de habla informativo es posible incluir legítimamente el tipo de cambios que la ficción produce en el mundo. Es decir, si es posible que al informar de un acto locucionario se estén además estableciendo reglas

que autoricen a los hablantes a realizar afirmaciones legítimas sobre una ficción, afirmaciones como que en ese discurso no serio el personaje que está sentado bajo un árbol de su jardín se llama "Alicia".

La respuesta es negativa. El acto locucionario se logra independientemente que se informe de él. Al informar tan solo del acto locucionario y no de un acto ilocucionario asociado, el tipo de afirmaciones que se autoriza a realizar tienen que ver con lo que el hablante ha dicho, con su acto locucionario, pero no con ningún compromiso que se adquiriera con respecto a dicho contenido locucionario. Los cambios normativos que se dan en la producción de la ficción no tienen que ver con el compromiso de que el contenido proposicional dicho es fictivo. Al informar tan solo del acto locucionario, el tipo de afirmaciones que justifica el acto ilocucionario de informar seguirían siendo las mismas que las que justificaba el acto locucionario realizado mediante la preferencia decolorada. De la emisión en circunstancias no serias de (1), no podría justificarse con esta concepción modificada del informativo que un hablante pueda aseverar (1')

(1') En *Alicia en el País de las Maravillas*, Alicia está sentada bajo un árbol de su jardín.

Como dirían Clark y Carlson (1982, pág. 337) aunque en relación con la simulación de un acto ilocucionario directo, si solo llevo a cabo un acto locucionario será porque tengo algún acto ilocucionario indirecto del que informar. Quizás con un acto de habla indirecto se puedan explicar los cambios normativos que introduce un discurso de ficción.

Si el acto informativo de un acto locucionario no es capaz por sí mismo de justificar los cambios normativos generados por la ficción, sigue siendo necesario encontrar un acto ilocucionario al que podamos legítimamente responsabilizar de dichos cambios. Después de todo para que la teoría de los informativos sea útil a nuestro propósito no debería cambiarse. Para ello resultará útil atender a los teóricos que han caracterizado, en contra de posiciones como la de Austin, a las preferencias del discurso de ficción como aquellas que se utilizan para llevar a cabo un acto de habla ilocucionario característico de la misma, es decir aquellas mediante las que se llevan a cabo actos de producir una ficción o ficcionalizar y ver si dichas posiciones son compatibles con la teoría de las preferencias decoloradas. La posición de García-Carpintero (2016), que incorpora los aciertos de algunas de las posiciones más importantes que le preceden, resulta especialmente interesante para este fin.

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

4. GARCÍA-CARPINTERO Y LOS ACTOS DE HABLA DE FICCIONALIZAR

La teoría de García-Carpintero (2016) sobre la ficción incorpora elementos de teorías anteriores a la suya. En particular, toma elementos de teorías acerca de la ficción de John Searle (1975), de Kendall Walton (1990) y de Gregory Currie (1985). Esto no significa que la teoría de García-Carpintero sea una mera síntesis de propuestas previas; los elementos que reutiliza están adecuadamente acomodados en una teoría novedosa.

García-Carpintero considera que la producción del discurso de ficción se lleva a cabo a través de actos de habla propios de hacer una ficción o como él los llama, “actos de ficcionalizar”. Considera, de acuerdo con Searle (1975b), que las preferencias del discurso de ficción son actos de habla fingidos⁴. Considera, de acuerdo con Walton (1990), que lo que desencadena el acto de habla de ficcionalizar son elementos llamados “atrezos” que en el caso del discurso de ficción se identifican con preferencias. Y considera, de acuerdo con Currie (1985), que los actos de habla que componen el discurso de ficción son actos de habla característicos de la ficción, actos de habla de ficcionalizar. Lo que determina la fuerza ilocucionaria que caracteriza al acto de habla de ficcionalizar es la intención del hablante de seguir una regla que tiene como objetivo final que el oyente imagine un determinado contenido proposicional.

La posición de Searle, más cercana a la de Austin que a la de García-Carpintero, es que no puede haber un acto ilocucionario característico de hacer una ficción. El uso del lenguaje en el discurso de ficción es un uso no serio de oraciones que tienen el mismo significado que cuando se usan en serio. Como el acto ilocucionario es una función del significado de la oración, la misma oración no se puede usar para realizar actos ilocucionarios diferentes. De lo contrario, toda oración sería ambigua porque toda oración puede usarse en un discurso de ficción. Por lo tanto, los actos de habla mediante los que se origina una ficción deben ser actos de habla no característicos de hacer una ficción (1975b, págs. 323-324). Lo que ocurre cuando la preferencia forma parte de un discurso de ficción es que no se cumplen las reglas que, según Searle, rigen los actos ilocucionarios. Al no seguirse estas reglas asociadas a la oración preferida, algunos de los tipos de actos de habla que se producirían en un discurso serio ya no se producen puesto

que la regla esencial del acto no se ha cumplido. Lo que nos permite diferenciar una preferencia de ficción de una preferencia seria es que en el caso de la preferencia de ficción el hablante tan solo finge hacer el acto de habla ilocucionario. Este fingimiento no solo es intencional sino que es ostensivo, el éxito de la acción de fingir en el uso no serio depende de que sea reconocida como una acción de fingir. Además, lo que nos permite saber que el hablante finge es que el hablante lleva a cabo sus preferencias con la intención de activar unas convenciones a las que Searle llama “horizontales” que rompen con las reglas verticales que relacionan el significado de las palabras con el mundo. La intención con la que se llevan a cabo las aseveraciones fingidas es la de invocar estas convenciones. Al final de su artículo (1975b, pág 332), Searle se pregunta por la importancia de los actos de habla fingidos y concluye que parte de la respuesta a esa pregunta radica en el papel crucial que la imaginación juega en nuestras vidas.

Walton (1990) nos dice más sobre la imaginación. Utilizar preferencias para fingir es un caso especial de invocar a la imaginación. Las preferencias utilizadas funcionan como “atrezos”, elementos que se utilizan para producir actos de imaginar. De la misma manera que una pistola cargada con munición de fogeo en una obra de teatro sirve para invitar a imaginar al público que la pistola está cargada con munición real, las preferencias fingidas sirven para hacer imaginar a los oyentes su contenido proposicional.

Así, cuando un hablante finge llevar a cabo un acto de habla, de forma similar a cuando se emite una preferencia decolorada, el hablante emite la oración pero no lleva a cabo el acto ilocucionario, ni adquiere ciertos compromisos, ni tiene la necesidad de que los términos referenciales apunten a objetos. La razón por la que en este trabajo se defiende que la ficción se lleva a cabo a través de preferencias decoloradas en lugar de actos de habla fingidos, pese a sus similitudes, es que en el caso de los actos de habla fingidos es necesario que el hablante tenga la intención de fingir y no es necesario en absoluto que esto suceda cuando alguien está contando una historia. La emisión de la preferencia decolorada no cuenta con este problema y si permite explicar algunos de los rasgos característicos de las preferencias de ficción como la ausencia de compromisos adquiridos por el hablante o la ausencia del acto ilocucionario que se habría realizado si el lenguaje se hubiese usado seriamente.

4. Propuesta que Friggieri (2014) atribuyó también a Austin y que yo rechacé que fuera una interpretación correcta de las preferencias decoloradas de Austin.

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

La razón por la que autores como Searle sostienen una teoría del fingimiento de actos de habla es porque rechazan que pueda existir un acto ilocucionario propio de la ficción. Una forma de abordar la ficción desde la teoría de actos de habla sin necesidad del aparato conceptual del fingimiento es argumentando que sí que es posible llevar a cabo actos ilocucionarios característicos de la ficción. El primer ejemplo de ello es la teoría de Currie (1985).

La teoría de los actos de habla de ficcionalizar de Currie comienza con un ataque directo a la teoría de Searle. Currie niega que el acto ilocucionario sea una función del significado de las oraciones mediante las que se lleva a cabo. También considera que los actos de habla son esencialmente acciones comunicativas y que no están sujetos a reglas, como sostenían Austin y Searle, sino que lo que los determina son las intenciones comunicativas de los hablantes. De acuerdo con esto, no hay problema alguno en considerar que existen actos de habla característicos de la ficción, baste para ello que el hablante tenga las intenciones comunicativas precisas. El acto de ficcionalizar no introduce la propuesta de que toda oración sea ambigua, como diría Searle⁵. En particular, las intenciones que Currie demanda del hablante y que se inspiran en las intenciones comunicativas de Grice (1957) son en primer lugar la intención de que el oyente se imagine lo que se le dice, en segundo lugar la intención de que oyente reconozca la primera intención y por último la intención de que dicho reconocimiento funcione como una razón para que el oyente se imagine lo que se le dice (Currie, 1985, pág. 387).

Según García-Carpintero, producir un discurso de ficción es, como señalaba Currie, llevar a cabo un acto comunicativo. En este acto comunicativo, nuestras preferencias no funcionan como cuando las utilizamos en un discurso serio, sino que funcionan como atrezos (García-Carpintero, 2016, pág. 163). De forma análoga a cómo funcionaban los usos parasitarios del lenguaje para Austin, las preferencias que funcionan como atrezos dependen del significado de sus usos serios.

5. Ni siquiera esta propuesta de Searle es coherente dentro de su teoría de los actos de habla. Los actos de habla indirectos serían una prueba de que una oración puede ser usada para llevar a cabo un acto de habla ilocucionario distinto del que está asociado a las normas de la expresión misma (Searle, 1979). Ahora bien, el acto de ficcionalizar siempre tendría que ser indirecto al igual que el de sugerir. No se puede ficcionalizar ni se puede sugerir directamente.

Para entender en qué sentido funcionan como atrezos las preferencias quizá sea ilustrativo desarrollar más la analogía de la pistola. Imaginemos una pistola real utilizada en una escena de película para simular un tiroteo. La diferencia entre el uso de la pistola en la película y el uso de la pistola en una situación real es que en la película está cargada con balas de fogueo. Así, el uso de la pistola en la película funciona como una representación del uso de la pistola en la realidad y mediante un mecanismo de similitud nos hace imaginar que el tiroteo es real. Las preferencias en la ficción funcionan de forma parecida, son representaciones miméticas de ellas mismas cuando se usan en un discurso serio. Es decir, del mismo modo que el uso de la pistola en la película nos hace imaginar el uso de la pistola en la realidad por su similitud, también el uso de las preferencias en la ficción nos hace imaginar el uso de las preferencias en el discurso serio por su similitud. Ahora bien, al igual que el uso de la pistola en la película se diferencia del uso de la pistola en la realidad porque utiliza munición de fogueo, también hay rasgos de nuestros actos de profirir en el discurso de ficción que se diferencian de su uso en el discurso serio. En particular, cuando emitimos oraciones declarativas, usadas en el discurso cotidiano para hacer aseveraciones, para producir un discurso de ficción, no nos comprometemos con ninguna de las reglas que gobierna la aseveración (Searle, 1975b, pág. 322). La idea aquí es la misma que ya vimos en Searle, al usar oraciones declarativas cuyo significado invoca las reglas de la aseveración, pero sin comprometernos con ninguna de ellas y siendo conscientes de que nuestro oyente es consciente de que no nos estamos comprometiendo con dichas reglas, lo que hacemos es fingir actos de habla de aseverar.

Ahora bien, debe quedar claro algo ya mencionado, García-Carpintero, a pesar de apoyar la idea de que a la base de la producción del discurso de ficción se encuentran actos de habla fingidos, no está de acuerdo con Searle en la idea de que no existe un acto de habla de ficcionalizar. García-Carpintero, al igual que Currie, también se muestra contrario a la idea de que los actos ilocucionarios sean funciones del significado de las oraciones que se usan para llevarlas a cabo. Antes bien, considera que son las intenciones comunicativas las que determinan que lo que el hablante lleva a cabo no es un acto de aseveración, sino un acto de ficcionalizar (2016, pág. 88). Además, a pesar de estar de acuerdo con Currie en la idea de que existen un acto de habla propio de ficcionalizar y de que la intención del hablante juega un papel en dicho acto, no está de acuerdo con el análisis intencionalista de corte griceano en el que Currie basa su acto de habla de ficcionalizar. Las intenciones

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

del hablante no tienen el peso suficiente como para asegurar que un análisis intencionalista sea correcto. Existen numerosas intenciones con las que un hablante puede producir una ficción. Para García-Carpintero lo que sea el contenido de una ficción está tan solo determinado por la intención del hablante de seguir la regla que rige el acto de ficcionalizar (2016, págs. 88-89). Así, de acuerdo con Austin y Searle, García-Carpintero suscribe un análisis normativo de los actos de habla.

Llegados a este punto es necesario explicar cómo es compatible defender que los actos de habla fingidos están a la base del discurso de ficción y la existencia de actos de habla de ficcionalizar. La pieza clave aquí es que ambos actos de habla se hayan ligados. Como se ha dicho, los actos de habla fingidos lo son porque para llevarlos a cabo, se emite una proposición con una fuerza ilocucionaria característica (generalmente de una aseveración), pero no se cumple con las reglas de dicho acto de habla ilocucionario. Este fingimiento es además ostensivo, el hablante intenta que el interlocutor sea consciente de que él no está intentando llevar a cabo el acto de habla convencionalmente asociado con el modo de la oración proferida. Ahora bien, esto no quiere decir que con el acto de habla fingido no se esté llevando a cabo ningún acto de habla ilocucionario, tan solo quiere decir que el acto de habla que se lleva a cabo es necesariamente de un tipo ilocucionario distinto del tipo ilocucionario convencionalmente asociado a la fuerza ilocucionaria de la proposición emitida. Cuando un hablante finge un acto de habla de aseverar para producir un discurso de ficción, no solo no sigue la norma esencial del acto de habla de aseverar, sino que sigue una norma diferente, la norma de ficcionalizar (2016, pág. 89).

Si se muestra la teoría de García-Carpintero en el ejemplo (1) se obtiene lo siguiente. Cuando Carroll profiere (1) está emitiendo una oración declarativa con la fuerza ilocucionaria de una aseveración. Sin embargo, Carroll no se está comprometiendo con las reglas características de la aseveración. Esta ausencia de compromiso es ostensiva. Ello no significa, como en la teoría de Searle, que Carroll no esté siguiendo ninguna regla ilocucionaria al proferir (1). La regla que Carroll tiene la intención de seguir es la norma propia del acto de ficcionalizar o norma F. Su intención primaria con la emisión de (1) es seguir la norma de ficcionalizar y no la de aseverar. Por ello, mediante la emisión de (1), Carroll lleva a cabo un acto de habla ilocucionario de ficcionalizar. Además, ficcionalizar es un acto de habla indirecto pues se lleva a cabo mediante preferencias con fuerzas ilocucionarias diferentes del acto ilocucionario llevado a cabo. La intención comunicativa del

hablante en los actos de habla indirectos es diferente de la que expresa en su acto locucionario.

Esto puede verse mejor a través de un ejemplo de acto de habla indirecto. En un restaurante, haciendo un gesto hacia la sal que se encuentra junto a la mano de mi interlocutor profiero (7)

(7) ¿Puedes pasarme la sal?

mi preferencia tiene la fuerza ilocucionaria de una pregunta, pero mi intención no es la de preguntar. Lo que pretendo al emitir (7) es que mi oyente me pase la sal. Además, al emitir (7) intento que mi oyente me pase la sal gracias a que entienda que intento que me pase la sal. Lo que estoy realizando por tanto no es una pregunta, es una petición indirecta, un acto de habla de petición llevado a cabo mediante una preferencia cuya oración está asociada convencionalmente con la fuerza ilocucionaria de la pregunta.

Una vez se ha arrojado algo de luz a la circunstancia que permite la producción del acto de habla de ficcionalizar, hay que preguntarse en qué consiste la norma de dicho acto de habla. Ficcionalizar, para García-Carpintero es, como ya apuntaba Currie (1985, pág. 387), un acto de invitar a una audiencia a imaginar algo. La norma de ficcionalizar o norma F se enuncia como sigue (2016, pág. 89).



Norma F: Ficcionalizar p es correcto si y solo si el hablante pone a la audiencia esperada en la posición de imaginar p, y p es merecedora de ser imaginada.

La audiencia esperada en la ficción es aquella a quien va dirigido el acto de habla de ficcionalizar y, en la mayoría de los casos, esta audiencia no se corresponde con un individuo concreto, sino con todo aquel que pueda comprender las preferencias mediante las que el acto de ficcionalizar se lleva a cabo. No obstante, es posible llevar a cabo un acto de ficcionalizar dirigido a un único oyente incluso en presencia de otros. Para ello es suficiente con realizar el acto de habla de tal forma que tan solo el oyente elegido pueda recuperar nuestras intenciones comunicativas y entender que lo que se está haciendo con las preferencias es ficcionalizar.

La condición por la que el contenido proposicional del acto de ficcionalizar debe ser merecedor de ser imaginado responde a la resolución de un problema que tiene que ver con elementos imposibles o inconsistentes que aparecen en las obras de ficción sin que el autor los haya puesto intencionalmente allí. Un contenido

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

proposicional será merecedor de ser imaginado cuando el autor de la ficción tenga la intención de que lo sea. Así, se evitan inconsistencias en la interpretación de ficciones como las historias de Sherlock Holmes donde Watson tiene una herida que cambia de lugar en las diferentes narraciones.

Para finalizar con la propuesta de García-Carpintero queda preguntarse por el papel de la intención del hablante en la producción del discurso de ficción. Puede observarse que existe un problema para identificar un acto de habla como un acto de habla de ficcionalizar. El acto de habla de ficcionalizar se realiza mediante una aseveración fingida, pero no todas las aseveraciones fingidas producen actos de habla de ficcionalizar. Para distinguir un acto de habla de ficcionalizar, debe atenderse a las intenciones del hablante, en particular, a la intención del hablante de seguir la norma F. Del mismo modo que en un acto de habla indirecto como el que se produce al emitir (7) se espera que el oyente entienda el acto de habla a través de la intención de llevar a cabo una petición, cuando se lleva a cabo un acto de habla de ficcionalizar es la intención de seguir la norma F la que permite identificar nuestro acto de habla como un acto de habla de ficcionalizar (2016, pág. 88).

En resumen, para García-Carpintero, el discurso de ficción está formado por actos de habla de ficcionalizar. Estos actos de habla de ficcionalizar son actos de habla indirectos que se producen a través de actos de habla directos fingidos. Lo que caracteriza a los actos de habla de ficcionalizar es que son esencialmente actos de invitar a imaginar el contenido proposicional del acto de habla. La norma que rige dichos actos afirma que estos son correctos cuando el hablante pone a la audiencia esperada en la posición de imaginar p y p es merecedora de ser imaginada por dicha audiencia. Lo que permite identificar al acto de habla de ficcionalizar es la intención del hablante de seguir la norma F.

La exposición de la teoría de García-Carpintero respondía a la búsqueda de un modo de caracterizar a las preferencias del discurso de ficción. Para García-Carpintero esta caracterización viene dada porque mediante dichas preferencias se llevan a cabo actos de ficcionalizar. Ahora bien, aunque considero que caracterizar a las preferencias del discurso de ficción a través de un acto de habla de ficcionalizar es un camino prometedor, considero también que los rasgos con los que García-Carpintero caracteriza al acto de habla de ficcionalizar no sirven para el fin que se propone.

concreto, lo que se pide al oyente es que imagine el contenido proposicional del acto de habla fingido. El acto de habla es correcto cuando pone al oyente en disposición de imaginar dicho contenido.



No obstante, se puede poner en duda que el acto de habla de ficcionalizar sea un directivo. El principal problema de caracterizar al acto de habla de ficcionalizar como un directivo es que no parece posible que por la invitación a imaginar un contenido proposicional determinado, se habilite a hacer aseveraciones sobre dicho contenido como las que se realizan en (1'). Es decir, entre los efectos de los actos ilocucionarios del tipo de los directivos no se encuentran la aparición en el mundo de cambios normativos como los que aparecen cuando se produce una ficción. Estos son efectos que el acto de habla de ficcionalizar debería explicar puesto que son la principal razón de que se necesite un acto serio en la producción de la ficción. Si el acto de ficcionalizar no explica cambios en el mundo, tales como el establecimiento de una serie de convenciones respecto a la ficción que se produce, no parece el tipo adecuado de acto con el que caracterizar a la producción de la ficción. Además, asumir que ficcionalizar es un acto de habla perteneciente al tipo de los directivos presupone necesariamente que la intención del hablante al producir un discurso de ficción es que los oyentes imaginen el contenido de dicho discurso. Sin embargo, la ficción es un ámbito tremendamente amplio y permite que el hablante que la produce albergue diferentes intenciones. La intención de que el lector imagine la historia es muy frecuente puesto que nuestra facultad de imaginar está fuertemente ligada no solo a la ficción, sino a la narración en general. Sin embargo, es posible producir discursos de ficción con intenciones diferentes de la de invitar a imaginar a un oyente. Por ejemplo, Borges, en el cuento "El Jardín de Senderos que se Bifurcan" del libro *Ficciones*, presenta una obra de ficción ficticia cuyo cometido es un juego conceptual. La intención que guía la producción de dicha obra es que los lectores adivinen que es una metáfora o acertijo del tiempo. Para lograr esto, tan solo es necesario comprender la obra y no imaginarla. El autor de una ficción de este tipo puede llevarla a cabo sin tener la intención de cumplir la regla F y no por ello su obra dejará de ser ficción.

Incorporar un acto de habla indirecto de ficcionalizar a la propuesta expuesta a través de la obra de Austin, es decir, a la teoría de las preferencias decoloradas, parece una estrategia tremendamente útil siempre que se consiga justificar los cambios normativos resultantes de la ficción. Pero tras la exposición del acto de habla de

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

ficcionalizar de García-Carpintero, este no resulta adecuado para dicho propósito. En la siguiente sección se argumentará que para conseguir tal propósito la naturaleza del acto de habla de ficcionalizar no puede ser la de un directivo sino la de un declarativo.

5. FICCIONALIZAR COMO UN ACTO DECLARATIVO

Hasta ahora se ha expuesto que, de acuerdo con Austin, las preferencias del discurso de ficción son preferencias decoloradas. La existencia de acciones lingüísticas llevadas a cabo por preferencias decoloradas como la producción del discurso de ficción requeriría acomodar la teoría de Clark y Carlston, puesto que la labor de los informativos en estos casos sería la de informar del acto locucionario. Sin embargo, eso no justifica la existencia de los cambios normativos que genera una ficción en el mundo. Para justificar dichos cambios es necesario contar con un acto ilocucionario informativo propiamente dicho, que informe de un acto de habla ilocucionario que se alcance indirectamente mediante el acto locucionario de la preferencia decolorada. Un acto ilocucionario característico de la ficción parece lograr esto. Las preferencias del discurso de ficción quedarían caracterizadas como aquellas con las que se lleva a cabo un acto de ficcionalizar. Ahora solo queda definir en qué consiste dicho acto. La posición preponderante en la bibliografía caracteriza dicho acto como un directivo. Esto genera problemas: es extraño que un directivo produzca como efectos ilocucionarios los cambios normativos del tipo que la ficción realiza. Además, al no incluir la teoría de los informativos, la única fuerza ilocucionaria responsable de producir cambios en el mundo es la del acto de ficcionalizar y si no es posible que un directivo genere ese tipo de cambios, entonces la teoría no puede justificar los cambios normativos resultantes de la producción de una ficción. También es posible producir ficciones prescindiendo de la intención de invitar a mi oyente a realizar acciones como la de imaginar. El carácter amplio de la ficción justifica que un hablante pueda tener numerosas intenciones diferentes a la hora de producirlas. Ello lleva a caracterizar al acto ilocucionario de forma distinta a como lo hacen Currie y García-Carpintero.

Si la crítica al acto de ficcionalizar de García-Carpintero era la incapacidad para justificar los cambios normativos producidos por la ficción y la posibilidad de producir una ficción sin cumplir con la regla que para él caracteriza a dicho acto, para encontrar un acto de habla de ficcionalizar que no caiga en la misma crítica es pertinente preguntarse si hay algún tipo de acto de habla

que permita justificar los cambios normativos producidos por la ficción y sin el que no pueda producirse una ficción. Existen actos de habla cuya realización exitosa conlleva la aparición en el mundo de un elemento nuevo o que suponen un cambio en algún estado de cosas, los actos de habla declarativos. Los declarativos son actos de habla cuya realización exitosa contaría ya como la producción de la ficción. Esto puede entenderse mejor con un ejemplo de acto declarativo de acuerdo a la taxonomía de Searle (1975a). Cuando en las circunstancias adecuadas, un sacerdote profiere (8),

(8) Yo te bautizo como Pedro.

su preferencia no solo describe un estado de cosas, sino que simultáneamente crea en el mundo el estado de cosas que describe. Si el acto de bautizar no es exitoso, entonces la persona no se llamará "Pedro" ni existirá una correspondencia entre (8) y un estado de cosas en el mundo. El cambio sucedido en el mundo se da solo en virtud del éxito de la preferencia de (8).

De acuerdo con esto, la dirección de ajuste del acto de habla declarativo es algo especial pues no es de palabras a mundo o de mundo a palabras, sino simultáneamente ambas. Las palabras describen el mundo y el mundo se adecúa a las palabras (1975a, pág. 360).

Además, los declarativos requieren que exista una institución supralingüística que autorice a los hablantes a producir los estados de cosas que describen. En el caso de (8), la iglesia cumple la función de dicha institución. Searle señala como una excepción a este requisito aquellas declaraciones que versan sobre el lenguaje mismo como "yo defino" o "yo nombro" (1975a, pág. 360).

La caracterización del acto de ficcionalizar como un acto declarativo soluciona el problema que planteaba la variedad de intenciones con las que un hablante puede producir una ficción. Ya se produzca la ficción con la intención de que el oyente imagine el contenido proposicional del acto de habla o con la intención de que el oyente adivine que la historia que se le cuenta sirve como una metáfora, el hablante tendrá también necesariamente la intención de producir una ficción. Así, al concebir el acto de ficcionalizar como un declarativo se da cuenta de aspectos propios de la ficción sin limitar artificialmente un fenómeno tan amplio. El resultado de analizar el ejemplo (1) como si el acto de ficcionalizar fuese un acto de habla del tipo de las declaraciones sería el siguiente.

Cuando Carroll emite (1) como parte de un discurso de ficción, está emitiendo una preferencia decolorada, además, a través de la preferencia decolorada, Carroll

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

produce un acto de habla indirecto de ficcionalizar. Si la naturaleza del acto de habla de ficcionalizar es, como aquí se sostiene, la de un declarativo, entonces Carroll, al llevar a cabo correctamente el acto de ficcionalizar, está haciendo fictivo el contenido proposicional de (1). Así, simultáneamente, las palabras de Carroll crean la ficción y la enuncian como sucede con los demás declarativos. El ajuste de palabras a mundo y de mundo a palabras se cumple en la ficción. Cabe preguntarse ahora si existe una institución que permita a Carroll llevar a cabo esta acción. Esta cuestión es complicada. Existen convenciones sobre las narraciones que operan culturalmente y que permiten a los narradores⁶ hacer fictivos los contenidos de sus palabras. No obstante, cualquiera puede ser un narrador y, aunque existen numerosas instituciones cuyo objeto son las historias, instituciones como la literatura, ninguna se encarga de otorgar potestad para llevar a cabo acciones como sí que hace la iglesia para el uso del ejemplo (8), donde el poder para llevar a cabo el declarativo de bautizar viene directamente dado por dicha institución. Aun si rechazamos que exista una institución que permita llevar a cabo actos declarativos de ficcionalizar, estos declarativos encajarían dentro de la excepción a los declarativos que requieren una institución para adquirir la potestad de llevarlos a cabo, aquellos declarativos que establecen algo sobre el propio lenguaje como “yo defino” o “yo nombro”. Ficcionalizar sería un tipo de declarativo que versa sobre el propio lenguaje. Al ficcionalizar se le da al contenido proposicional del acto de habla la propiedad de ser fictivo. Esto genera la ficción. La pregunta sobre qué tipo de entidad es una ficción es una pregunta que no se abordará aquí, la propuesta que se ha presentado no necesita responder a la misma para cumplir con los objetivos marcados en este trabajo. Lo importante de que el acto declarativo genere la ficción es que ello permite explicar los cambios normativos que se generan en el mundo con la producción de la ficción. Si el acto de habla es un acto declarativo, los cambios en estados de cosas del mundo permiten a los hablantes hablar acerca de dichos cambios. Una vez que el sacerdote ha bautizado al niño como “Pedro”, se habrá producido un cambio en el mundo, el niño habrá pasado a llamarse “Pedro” y ello autoriza a los hablantes a referirse legítimamente a Pedro por ese nombre. Del mismo modo, cuando Carroll ficcionaliza con la preferencia de (1) está realizando un cambio en el mundo, está generando una ficción, y ello establece que hay que usar

el nombre “Alicia” para referirse al personaje Alicia y autoriza a los hablantes a realizar aseveraciones como (1'). Así el acto ilocucionario declarativo soluciona el problema de los cambios normativos que se llevan a cabo con la producción de una ficción.

6. ACTOS INFORMATIVOS DE FICCIONALIZAR



En este último apartado del trabajo se muestra el papel del acto ilocucionario informativo dentro de la propuesta acerca de la producción de la ficción que se ha mostrado hasta el momento.

El hecho de que el acto informativo no produzca directamente los cambios normativos que se le atribuían en un principio no supone, como ya se ha dicho, que sea innecesario dentro de la teoría. Aunque ni García-Carpintero ni Currie hayan tenido en cuenta la teoría de los informativos en su propuesta, los actos informativos son necesarios para llevar a cabo cualquier acto ilocucionario, la única forma de realizar un acto ilocucionario es informando al oyente de que se está llevando a cabo dicho acto ilocucionario y el informativo da cuenta además de la intención del hablante de informar de su acto de habla ilocucionario. Así, tenemos la preferencia decolorada, el acto informativo del acto ilocucionario indirecto de ficcionalizar y, gracias a este acto informativo, el acto indirecto de ficcionalizar. Al hacer posible el acto ilocucionario de ficcionalizar, el acto informativo es indirectamente responsable de los cambios normativos que se dan en el mundo al producirse la ficción. El hablante tiene la intención de informar de que está llevando a cabo un acto indirecto de ficcionalizar, por tanto, informa también de que no adquiere legítimamente los distintos compromisos que habría adquirido si el lenguaje se hubiese usado de forma seria y que no está produciendo el acto de habla que estaría realizando si estuviese usando el lenguaje de forma seria.

Además el informativo permite dar cuenta de que la comprensión del acto de habla de ficcionalizar sea necesaria para la producción de dicho acto. Esto es especialmente deseable en el caso de la ficción. En general, actos de habla como amenazas o peticiones requieren de una adecuada comprensión por parte del oyente al que van dirigidos para poder considerarlos actos exitosos. Si pedimos a alguien que cierre una ventana y no entiende nuestro acto como una petición, nuestra acción no será exitosa. En el caso de la ficción, existen además una gran cantidad de instituciones y convenciones dedicadas a la recepción e interpretación de las ficciones si bien, como ya se ha dicho, no son el tipo de instituciones que pueden otorgar poder para realizar actos declarativos.

6. El término “narrador” se utiliza aquí en referencia a la persona que cuenta una historia, aunque en castellano el mismo término pueda referir a un personaje que refiere los hechos dentro de la historia o a un narrador omnisciente cuando dicha función no recae en ningún personaje.

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla



Ahora bien, el acto ilocucionario de informar debe ser exitoso para que pueda serlo el acto indirecto de ficcionalizar pero ¿qué tipo de oyente es el que se da en la ficción? Como se ha visto en el apartado 3, en una situación comunicativa

existen diversos roles que pueden cumplir los oyentes: La persona a la que va dirigida el acto de habla estándar es el destinatario, mientras que todas las personas a las que va dirigido el acto de habla informativo son participantes. Existen otros roles posibles, pero el debate en la ficción radica en si la ficción va dirigida a un conjunto de destinatarios o si, por el contrario, en la ficción, destinatarios y participantes coinciden.

La respuesta parece ser que en general, en el caso del acto ilocucionario de ficcionalizar, no hay destinatarios concretos. Podría decirse que el destinatario de una ficción es colectivo, no obstante, ello parece tergiversar el sentido mismo del concepto de destinatario. En general, cuando un hablante produce un discurso de ficción, este va dirigido a todos aquellos a quienes tiene la intención de hacer llegar el informativo, aunque, como se ha mencionado antes, es posible dirigir un acto de ficcionalizar a un oyente concreto, estos casos son casi inexistentes y no tienen peso para influir en esta discusión. En el caso de contar una historia, los participantes serán aquellos a los que el hablante tenga la intención de informar del tipo de preferencias que está realizando, es decir, aquellos quienes él sabe que están presentes mientras cuenta la historia. En el caso del escritor de una novela, esta estará en principio dirigida a todo aquel que pueda leer el idioma en el que está escrita. Si bien es posible que la audiencia esperada por el autor sea menor que los participantes en su acción comunicativa, por ejemplo en el caso de un escritor de novelas adultas cuyo público objetivo no incluye a niños, seguirán siendo participantes todos aquellos que puedan recuperar la intención comunicativa del autor de ficcionalizar sus preferencias. Un caso de hablante que puede suponer una excepción a lo anteriormente dicho es el de un niño capaz de hablar y escribir, pero que no sepa qué es la ficción y no pueda por tanto atribuir al autor la intención de ficcionalizar. Del mismo modo que hemos dicho que un narrador no tiene un destinatario concreto, en el ejemplo (8) el sacerdote no se dirige a nadie en particular cuando emite su preferencia, pero cuenta como interlocutores a todos aquellos que puedan entender que tiene la intención de informarles de que está bautizando al niño.

Además, como ya se ha dicho, el papel del oyente resulta crucial para el éxito del acto de habla de acuerdo con el primero de los criterios de los efectos

ilocucionarios que sostenía Austin (1962, págs. 115-116), para que el acto de habla sea exitoso es necesario asegurar la comprensión del mismo. Este criterio se satisface mediante el papel del acto informativo. Para llevar a cabo el acto de ficcionalizar es necesario que se realice con éxito el acto de informar de que se está llevando a cabo un acto de ficcionalizar y llevar a cabo dicho acto implica asegurar la comprensión del mismo.

Sostener esta postura es sostener que el éxito de un acto de habla no depende únicamente de las acciones del hablante, sino también de las acciones del oyente. Los actos de habla son actos comunicativos, incluso cuando realizamos actos de habla dirigidos a nosotros mismos (en el caso de que se puedan considerar este tipo de acciones actos de habla) implican asumir el rol de emisor y receptor. Ahora bien, el caso de la ficción no es un caso de comunicación tan estándar como el que se da en una conversación cotidiana. Puede suceder que un emisor, digamos por ejemplo el escritor de una novela, se dirija a un número indeterminado de oyentes. Considero que esta propuesta no guarda problemas a este respecto, cada vez que un lector lee una obra de ficción, recupera las intenciones del autor de informar de que está ficcionalizando y la intención de ficcionalizar, mediante el éxito del primer acto de habla se consigue también el éxito del segundo.

Con respecto a la recuperación de las intenciones del autor, existen casos problemáticos. Es posible que un escritor lleve muerto siglos y no sea posible determinar si su intención era producir un discurso de ficción o no. En este caso, juegan un papel las instituciones y convenciones asociadas a la ficción, y en particular a la literatura. Si las preferencias que componen los actos de habla son oraciones escritas en una novela, sabremos que el autor quería producir un discurso de ficción porque sabemos qué son las novelas, a pesar de que puedan aparecer en novelas⁷ usos serios del lenguaje, y porque comprenden un género que se ha mantenido más o menos estable durante varios siglos. Este tipo de convenciones, junto a rasgos semánticos y marcadores del discurso, son las que permiten más frecuentemente que los receptores de un discurso de ficción inferan la naturaleza de la acción comunicativa ante la que se encuentran y esto posibilite en última instancia la adecuada comprensión de la preferencia y su éxito. Es cierto

7. Ejemplo de una preferencia seria dentro de un discurso de ficción es el comienzo de Ana Karenina de Tolstoi "Todas las familias felices se parecen unas a otras; pero cada familia infeliz tiene un motivo especial para sentirse desgraciada" donde se realiza una aseveración genuina.



PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

también que en este aspecto existen casos difíciles de clasificar, en especial cuánto más atrás en el tiempo se mira ¿Es la epopeya de Gilgamesh un discurso de ficción? No parece fácil responder a esta pregunta. Si consideramos que la obra responde a una explicación mitológica del mundo o que pretendía una justificación política en favor del monarca de Uruk, la ciudad de la que es rey Gilgamesh⁸, debe decirse que no.

7. CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se ha defendido que la producción de una ficción está dentro de los usos no serios del lenguaje que se llevan a cabo a través de preferencias decoloradas, es decir, preferencias que, emitidas en las circunstancias especiales de la ficción, permiten al hablante debilitar legítimamente algunos de sus rasgos y no adquirir los compromisos que habría adquirido al emitir correctamente esa misma preferencia usando seriamente el lenguaje. En particular, los rasgos que aparecen debilitados en la ficción son, en algunas ocasiones, el acto rético del acto locucionario y en todos los casos, el acto ilocucionario. Sin embargo, la ausencia de acto ilocucionario genera un problema en el discurso de ficción: no parece posible justificar los cambios normativos que ocurren en el mundo cuando se produce una ficción. El principal de estos cambios es la generación de verdades fictivas que establecen criterios de corrección para referirse a dicha obra de ficción. Criterios como que en *Alicia en el País de las Maravillas*, el personaje de Alicia se llama “Alicia” y no “Ana Karenina”.



Para justificar estos cambios, se ha explorado argumentativamente la aplicación de la teoría de los informativos de Clark y Carlson a la teoría de las preferencias decoloradas de Austin. Ya que, según estos autores, todos los actos de habla ilocucionarios son posibles gracias a un informativo, este acto informativo tendrá una fuerza ilocucionaria candidata a ser la causante de los cambios normativos previamente citados. No obstante, las características del informativo aplicado a la preferencia decolorada no permiten dar cuenta de los cambios normativos producidos por la ficción sin la presencia de otro acto ilocucionario del que informar.

8. Gilgamesh aparece como rey de Uruk en las listas de reyes sumerios que terminaban en el monarca actual. El documento emparentaba por tanto al rey actual con Gilgamesh y justificaba su reinado por provenir este de un semidios.

La búsqueda de este acto nos lleva al estudio de los teóricos que sostienen que la ficción se lleva a cabo mediante actos de habla de hacer una ficción o ficcionalizar. Y en particular, por su actualidad y por tomar elementos de autores anteriores y adaptarlos en una propuesta propia, a la teoría de la ficción de García-Carpintero.

García-Carpintero caracteriza al acto de ficcionalizar como un acto ilocucionario indirecto de invitar a imaginar el contenido proposicional del acto de habla. No obstante, un acto de habla directivo tampoco justifica la aparición en el mundo de los cambios normativos que caracterizan al discurso de ficción, para justificar dicho cambio se considera que el acto de ficcionalizar es un declarativo. El declarativo, cuando se lleva a cabo con éxito, justifica un cambio en algún estado de cosas del mundo. Además, el acto ilocucionario de ficcionalizar se lleva a cabo a través de un acto informativo en el que se informa de que se está ficcionalizando.

No se pretende que este trabajo sea tomado como una respuesta definitiva que evite o solucione todos los problemas que surgen en el análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla. No obstante, considero que algunos de los puntos expuestos arrojan luz sobre el fenómeno tratado, así como sobre el funcionamiento del lenguaje y de los actos de habla en la producción de la ficción. Quedan algunos aspectos que necesitan aún mucho desarrollo, así como también considero que existen elementos relacionados con la producción de la ficción de los que una teoría como la que se esboza en este trabajo debería dar cuenta.

El más claro de estos elementos es el estatuto ontológico de la ficción generada por el acto de habla de ficcionalizar. Es decir, qué tipo de objeto es el que aparece en el mundo cuando se lleva a cabo exitosamente el acto de ficcionalizar. Existen distintas teorías que tratan de responder a qué tipo de objetos son tanto las ficciones como los objetos que aparecen en ellas, un estudio de estas teorías permitiría ver cuál encaja mejor con el acto de habla de ficcionalizar y si ello puede resultar un criterio de corrección aplicable.

Preguntarnos por el estatuto ontológico de la ficción nos invita también a preguntarnos por los rasgos epistemológicos de las mismas. Cómo es posible aprender a través de ficciones y cómo pueden justificarse los cambios cognitivos que las ficciones generan en nosotros son preguntas que también requieren de un trabajo posterior.

PRIMER PREMIO: Análisis del discurso de ficción desde la teoría de actos de habla

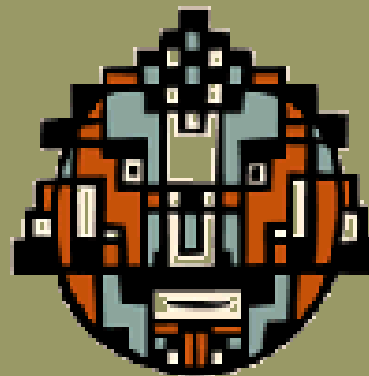
Para responder a estas preguntas, resultará útil responder a cuestiones planteadas en este trabajo como la posibilidad de producir una ficción cuyas oraciones sean todas verdaderas y cuyos términos referenciales refieran a objetos del mundo. En contraposición, también resultará interesante analizar hasta qué punto son compatibles las ficciones imposibles o incoherentes con la propuesta que se ha defendido aquí.

En cualquier caso, además de los puntos a tratar que se acaban de enumerar, un desarrollo y sistematización mayor de esta propuesta es un tema susceptible de trabajos de investigación posteriores.



BIBIOGRAFÍA

- Austin, J. (1962). *How to do things with words*. London: Oxford University Press
- Bach, K. (1994). Meaning, Speech Acts, and Communication. In R. M. Hamish, *Basic topics in the philosophy of language* (pp. 2-21). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Clark, H., & Carlson, T. (1982). Hearers and Speech Acts. *Language*, 58, 332-373.
- Currie, G. (1985). What is Fiction. *The Journal of Aesthetic and Art Criticism*, 385-392.
- Friggieri, J. (2014). Etiolations. In B. Garvey, *J.L. Austin on Language* (pp. 50-70). Lancaster: Palgrave Macmillan.
- García-Carpintero, M. (2016). *Relatar lo ocurrido como invención*. Madrid: Cátedra.
- Grice, H. P. (1957). Meaning. *The Philosophical Review*, 377-388.
- Hare, R. M. (1970). Meaning and Speech Acts. *The Philosophical Review*, 79 (1), 3-24.
- Sbisá, M. (2007). How to Read Austin. *Pragmatics*, 461-473.
- Searle, J. (1975a). A Taxonomy of Illocutionary Acts. *Language, mind and knowledge*, 344-369.
- Searle, J. (1975b). The Logical Status of Fictional Discourse. *New Literary History*, 319-332.
- Searle, J. (1979). Indirect Speech Acts. In *Expression and Meaning: Studies in the Theory of Speech Acts* (pp. 30-58). Cambridge University Press.
- Walton, K. (1990). *Mimesis as make believe*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.



SLMFCE

Sociedad de Lógica, Metodología
y Filosofía de la Ciencia en España

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

Laura Delgado Vergés

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



Directora: María Jiménez Buedo

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	20
2. MELANCOLÍA Y DEPRESIÓN	20
2.1. Breve historia de la melancolía y la depresión	21
2.2. Similitudes y diferencias entre la melancolía y la depresión.....	22
2.3. El trastorno depresivo mayor en la actualidad.....	23
3. LA NATURALEZA DE LOS TRASTORNOS MENTALES	23
3.1. Clases naturales	24
3.2. Clases parciales y procesos naturales	25
3.3. Construcciones sociales	25
3.4. Clases “humanas”	27
3.5. El uso práctico de los términos	28
4. DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES	28
4.1. Historia y primeros DSM	29
4.2. DSM-III	29
4.2.1. Críticas a la teoría y la práctica de la Psiquiatría	29
4.2.2. Cambio de paradigma en el DSM-III	30
4.2.3. Ventajas e inconvenientes del nuevo DSM	31
4.3. DSM-IV	33
4.3.1 Críticas al DSM-IV	33
4.4. DSM-5	35
4.4.1 El enfoque biomédico en el DSM-5	35
4.4.2. Eliminación del sistema multiaxial	36
4.4.3 Introducción del modelo dimensional	36
4.4.4. Duelo y depresión mayor	37
5. CRÍTICAS Y OBJECIONES A LA PSIQUIATRÍA Y SU PRÁCTICA	38
5.1. Medicalización de la vida diaria	38
5.2. El problema del umbral	39
5.3. Intereses ajenos a la salud mental	40
6. DEFENSA DE LA PSIQUIATRÍA	42
6.1. ¿Quién es responsable de evitar el mal uso de los fármacos?	42
6.2. ¿Por qué se está produciendo una “medicalización” de las dificultades de la vida cotidiana?...42	
6.3. ¿Dónde está el límite entre la salud y la enfermedad?.....	45
CONCLUSIÓN	45
BIBLIOGRAFÍA	46

RESUMEN

A lo largo de sus dos siglos de historia, la práctica psiquiátrica se ha enfrentado a numerosas críticas y dificultades. Algunas son características propias de las disciplinas médicas, como dónde situar el límite entre la salud y la enfermedad. Otras son específicas de la psiquiatría, como los problemas acerca de la clasificación y el tratamiento de los trastornos mentales, que surgen como consecuencia de la complejidad de su objeto de estudio. En este trabajo se analizarán los conceptos fundamentales de la psiquiatría, como la naturaleza de los trastornos mentales y la evolución en la elaboración de sus clasificaciones, y se examinarán algunas de las críticas que recibe esta disciplina, tratando de determinar cuáles dependen de la práctica psiquiátrica y cuáles están fuera de su ámbito de actuación.

Abstract

Throughout its two centuries history, psychiatric practice has faced numerous criticisms as well as further issues. Some of these critiques result from the fact that psychiatric practice shares some features with other medical disciplines. For instance, where boundaries between health and illness lie. Other shared characteristics are specific to psychiatry and arise as a consequence of the complexity of its subject matter. For example, issues related to classification and the treatment of mental disorders. This paper discusses some fundamental concepts of psychiatry like the nature of mental disorders and the evolution within the elaboration of their classifications. At the same time, some of the critiques towards this discipline are considered, trying to determine which of these are direct responsibility of psychiatry and which are outside its scope of action.

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

I. INTRODUCCIÓN

Las cuestiones acerca de qué son realmente las enfermedades mentales, cómo identificarlas y clasificarlas, y cuáles pueden ser las posibles soluciones para curarlas o reducir el sufrimiento que suelen provocar en los pacientes que las sufren han acompañado a la psiquiatría durante sus dos siglos de historia, dando lugar a numerosos debates y a múltiples posibles respuestas. A su vez, las clasificaciones utilizadas por los investigadores y profesionales del área de la salud mental, como el DSM¹, han ido evolucionando y sufriendo modificaciones a lo largo del tiempo, tanto a nivel de trastornos particulares como en el propio enfoque teórico, logrando resolver algunos problemas, pero también teniendo que afrontar otros nuevos.

La psiquiatría también ha tenido que lidiar con problemas que no son intrínsecos a ella, pero que afectan a su práctica, como por ejemplo intereses económicos que se generan en su entorno, cuya solución excede las capacidades de esta disciplina. Por ello algunas de las críticas dirigidas a la psiquiatría deben analizarse con detenimiento, para tratar de determinar si realmente tienen su raíz en factores internos a esa disciplina o si, en cambio, es competencia de otros agentes o sectores resolverlas.

A pesar de las objeciones y problemas que ha debido y debe afrontar la práctica psiquiátrica, se han ido afinando las descripciones y mejorando los tratamientos, contribuyendo a curar y aliviar el sufrimiento de muchos pacientes. La labor de la psiquiatría es fundamental, puesto que sus profesionales son los que se encargan de la salud mental de la población. La presencia de un trastorno mental no sólo tiene repercusión sobre quien lo padece y sobre su entorno, generando un gran sufrimiento, sino que al igual que ocurre con la salud física, la carencia de salud mental supone un grave problema para cualquier sociedad.

En la actualidad, el análisis acerca de las prácticas psiquiátricas y la salud mental quizá sea especialmente importante, dado que los diagnósticos por problemas psiquiátricos no han parado de crecer en las últimas décadas y siguen en auge en la actualidad. Si esto ocurre por el surgimiento de nuevos trastornos, o por una mayor intolerancia al sufrimiento y unos umbrales más bajos para diagnosticarlos, son cuestiones de gran importancia para comprender mejor las sociedades actuales.

En este trabajo analizaré los conceptos fundamentales de la psiquiatría en referencia a la naturaleza de los trastornos mentales y el desarrollo de las clasificaciones a través del

1. DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publicado por la American Psychiatric Association (APA) desde 1952, cuando tuvo lugar la primera edición. En 2013 se publicó la 5ª edición del DSM, que es la que sigue vigente en la actualidad.

DSM, uno de los manuales psiquiátricos más influyentes en la actualidad. Como ejemplo para ilustrar algunas de estas nociones fundamentales, utilizaré el trastorno depresivo mayor, por ser un caso claro de trastorno mental, causante de gran sufrimiento para el paciente. La evolución en el modo de concebir y tratar este trastorno ilustra los retos que ha afrontado la psiquiatría, y las modificaciones que se han ido introduciendo en los últimos años, como la eliminación de la exclusión por duelo, contribuyendo con ello a la medicalización de las dificultades de la vida cotidiana, muestran los problemas a los que se enfrenta en la actualidad y que habrá de resolver en el futuro.

2. MELANCOLÍA Y DEPRESIÓN

La melancolía, o la depresión, tal y como es conocida desde el siglo XX, han estado presentes en la historia del ser humano desde épocas muy antiguas, y en lugares muy variados. La medicina detectaba este trastorno y trataba de describirlo y entenderlo, viendo el enorme sufrimiento que provocaba en quien lo padecía.

El modo de comprender y tratar este trastorno ha variado mucho a lo largo del tiempo, y el conocimiento ha traído importantes mejoras para los pacientes, pero sigue estando muy presente en la actualidad, hasta el punto de que, a finales del siglo XX, la depresión llegó a representar más de la mitad del total de diagnósticos psiquiátricos [Varga, 2013]. Las mejoras en los tratamientos, tanto farmacológicos como terapéuticos, ayudan a miles de personas a mejorar su calidad de vida e incluso superar este trastorno. La depresión tiene terribles consecuencias para quien la padece y para su entorno, pudiendo llegar a causar incluso la muerte de la persona afectada: varios estudios han demostrado que, en nueve de cada diez suicidios, el individuo padecía un trastorno mental, siendo la depresión el más frecuente de ellos [Hawton et al., 2013].

En la actualidad, no hay unanimidad acerca de si la melancolía y la depresión son el mismo trastorno con pequeñas variaciones y diferente nombre, o si constituyen dos trastornos diferentes. La exposición del caso de la melancolía y la depresión servirá como ejemplo para ilustrar algunas de las complejidades del ámbito de la salud mental a lo largo del tiempo, con las que la psiquiatría ha de seguir enfrentándose para tratar de mejorar la vida de aquellos que padecen trastornos mentales.

2.1 BREVE HISTORIA DE LA MELANCOLÍA Y LA DEPRESIÓN

A lo largo de la Historia, y en periodos no muy alejados del momento actual, la enfermedad mental se ha visto como algo sobrenatural, causada por posesiones demoníacas u otras intervenciones de entes espirituales o de origen divino. El primer intento de una explicación basada en la naturaleza, sin apelar a seres sobrenaturales, la encontramos en Grecia, con Hipócrates y la teoría de los humores. La melancolía sería una consecuencia del exceso de bilis negra, relacionada con las

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

cualidades de lo frío y seco. Este desequilibrio causaría tristeza y pesimismo en el individuo. Galeno relacionó este desequilibrio con un tipo de carácter o temperamento, y el exceso de bilis negra haría al melancólico. La teoría de los humores constituyó el principal paradigma para explicar las causas de las enfermedades durante muchos siglos.

Una de las principales características de la melancolía, que la distinguirá de la depresión, es una supuesta relación entre la melancolía y la genialidad, la excelencia intelectual. Esta identificación surge de manera muy temprana. El siguiente pasaje, cuya autoría se atribuye en algunos casos a Aristóteles y en otros a Teofrasto [Middeke & Wald, 2011], ya presenta este paralelismo:

Why is it that all those who have become eminent in philosophy or politics or poetry or the arts are clearly of an atrabilious temperament, and some of them to such an extent as to be affected by diseases caused by black bile? [Varga, 2013, 144].



Durante el Renacimiento y posteriormente el Romanticismo, esta conexión entre la melancolía y una inteligencia y sensibilidad especiales se acentuó. La melancolía llegó a idealizarse y en algunos contextos culturales no se entendía como algo patológico, un trastorno o enfermedad mental, sino como una manera en la que el individuo se comprendía a sí mismo y expresaba su individualidad. Esta idealización, sin embargo, no aminoraba el sufrimiento de muchas de las personas que la padecían.

Los principales síntomas que se asocian a la melancolía son tristeza, apatía, pesimismo, miedo, ansiedad, inseguridad, abatimiento...; todos ellos sin una causa aparente o causa suficiente que pueda justificarlos. En algunos casos se ha incluido en la melancolía algunos síntomas como las alucinaciones, ciertos comportamientos obsesivos y actitudes y pensamientos de naturaleza paranoica, que actualmente están más relacionados con la esquizofrenia u otros trastornos de tipo psicótico. Debido en parte a la influencia de la religión, también figuran entre los síntomas de la melancolía el sentimiento de culpa por el pecado, y la acusación e incluso aversión hacia uno mismo, junto con la falta de autoestima y el sentimiento de inferioridad, síntomas que serán muy característicos posteriormente de la depresión.

A partir de la primera mitad del siglo XIX, la atención se empieza a centrar más en las características de tipo

afectivo, en detrimento de los síntomas de naturaleza delirante. La noción de “depresión” comenzó a utilizarse para hacer referencia a un grupo de síntomas relacionados con el estado de ánimo, perteneciente al concepto más amplio de “melancolía”, que abarcaría además de los síntomas de naturaleza depresiva, los mencionados más arriba, relacionados con ideas delirantes. El énfasis en los aspectos afectivos de este trastorno incrementó el uso del término “depresión” en relación con la melancolía.

Para el estudio de los síntomas y posibles tratamientos de la melancolía fue de especial importancia el trabajo de Sigmund Freud (1856-1939). Dedicó la obra *Duelo y Melancolía* a tratar de comprender y explicar este trastorno, estudiándolo desde una perspectiva que prioriza los aspectos afectivos, siempre desde el punto de vista del psicoanálisis. Freud compara el duelo con la melancolía porque entiende que ambos surgen ante un sentimiento de pérdida, que no ha de ser necesariamente la de un ser querido, también puede ser una abstracción como la libertad, la patria, o algo similar.

La diferencia entre ambos es que mientras el duelo es una reacción normal que desaparece pasado el tiempo y forma parte de la aceptación de la pérdida, la melancolía sí que constituiría un estado patológico. La melancolía puede surgir como consecuencia de una pérdida, pero no siempre es así, y según Freud en el caso de producirse dicha pérdida puede ser en parte o totalmente, inconsciente. En muchos casos no desaparece con el paso del tiempo, como sí que ocurre con el duelo, y va acompañada de reproches, culpabilidad y desvalorización del paciente hacia sí mismo, llegando a creer que merece algún tipo de castigo, llegando incluso en algunos casos a autoinfligírselo.

Freud se centra especialmente en los síntomas afectivos del trastorno, al que sigue denominando “melancolía”. La definición de melancolía que refiere Freud se aproxima enormemente al concepto de depresión que se irá desarrollando a lo largo del siglo XX:

se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio-sentimiento de autoestima-. Ésta se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo. [López Herrero & Pérez, 2003, 59-60].

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

A lo largo del siglo XIX, el uso de la noción de “depresión” se fue extendiendo cada vez más en contextos médicos, para denotar el estado anímico de los trastornos de melancolía. Para finales del siglo, aunque la melancolía seguía siendo el principal diagnóstico, el concepto de depresión se empezó a ser cada vez más frecuente en las clasificaciones de la psiquiatría. Emil Kraepelin (1856-1926) es considerado uno de los fundadores de la psiquiatría moderna, sus ideas formarán parte de las bases de la psiquiatría actual y algunos de sus escritos fueron muy influyentes tanto en su época como en el desarrollo de las clasificaciones de enfermedades mentales del siglo XX. En sus manuales, Kraepelin sustituyó la melancolía por la noción de “depresión”, con lo que el término fue cayendo en desuso y desapareció como categoría diagnóstica. El término “melancolía” no volvería a ser utilizado en el ámbito de la salud mental hasta la aparición de las clasificaciones de los DSM, en los que la noción de “melancolía” hará referencia a un subtipo del trastorno depresivo mayor.

2.2. Similitudes y diferencias entre melancolía y depresión

Existen importantes similitudes entre lo que se denominaba “melancolía” antes del siglo XX y lo que actualmente conocemos como “trastorno depresivo mayor”, lo que sirve a algunos autores para defender una continuidad entre ambos trastornos. Pero a su vez, también existen importantes diferencias que sirven como poderosos argumentos a aquellos que consideran que se trata de trastornos distintos, y que establecer una continuidad entre ambos es una simplificación. En el artículo de J. Radden (2003), la autora expone las siguientes similitudes:

1. La principal y más evidente de las similitudes entre depresión y melancolía es que comparten un grupo de síntomas importante que caracteriza ambos trastornos, como son la tristeza, el desánimo y el abatimiento junto con miedo y ansiedad. Debido a esta última, es muy frecuente la comorbilidad de trastornos depresivos y ansiosos.
2. Es común a ambos trastornos cierta irracionalidad y ausencia de objeto que justifique los síntomas. En muchos casos no parece haber una causa, o una causa suficiente, para explicar la naturaleza de los estados melancólicos o depresivos.

3. Son características compartidas también la inseguridad y cierto egocentrismo, acompañados de timidez en ambientes sociales y una hipersensibilidad acentuada.
4. Según Radden, también sería una característica común la alternancia de los estados melancólicos o depresivos con periodos de exaltación, grandiosidad y mucha energía, aunque esta característica parece relacionarse en la actualidad con el trastorno bipolar (denominado anteriormente trastorno maniaco-depresivo), en el que se alternan episodios depresivos y maníacos.



La principal diferencia entre ambos trastornos es que la melancolía era un concepto más amplio que englobaba más síntomas que la depresión. Como consecuencia, algunos de los síntomas que caracterizaban la melancolía, hoy son considerados trastornos diferentes e independientes de la depresión. Entre las características de la melancolía se incluían las alucinaciones y alteraciones de la percepción, y aunque en la actualidad en ocasiones la depresión puede cursar con algunos síntomas psicóticos, no constituyen su principal característica, sino que están más asociados a otros trastornos, como la esquizofrenia.

Otros síntomas caracterizados por obsesiones y comportamiento compulsivo hoy se identificarían con el trastorno obsesivo-compulsivo; así como la desconfianza hacia los demás o el sentirse objetivo de la maldad ajena podrían englobarse dentro del trastorno delirante de tipo persecutorio. Otros síntomas como miedo y aprensión hoy forman parte de los denominados trastornos de ansiedad, pero en este caso no es extraño que se den junto a un trastorno depresivo.

Otra diferencia destacada por Radden en su artículo es que la asociación entre melancolía y genialidad no está presente en el concepto actual de depresión. La melancolía se relacionaba con los hombres dedicados al conocimiento, con actitud reflexiva y contemplativa, y de gran inteligencia. En base a ello, Radden destaca que la melancolía, al menos en su versión relacionada con la genialidad y la sensibilidad, era un trastorno aparentemente predominante en hombres (genios creativos e intelectuales), mientras que según la autora, en la actualidad la depresión está especialmente vinculada a la mujer, y nada tiene que ver con la creatividad y la genialidad que se asociaban a la melancolía.

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

La autora añade otras dos diferencias entre melancolía y depresión como consecuencia del ensayo de Freud: la relación con la pérdida y el desprecio hacia uno mismo, síntomas característicos de la depresión en el siglo XX, ausentes en la melancolía de los siglos anteriores.

2.3. El trastorno depresivo mayor en la actualidad

En la actualidad, en el campo de la psiquiatría y en consonancia con la última publicación del DSM-5 en 2013,

Depression (major depressive disorder) is a common and serious medical illness that negatively affects how you feel, the way you think and how you act. Fortunately, it is also treatable. Depression causes feelings of sadness and/or a loss of interest in activities once enjoyed. It can lead to a variety of emotional and physical problems and can decrease a person's ability to function at work and at home. [APA, What is Depression?]

El trastorno depresivo mayor forma parte del grupo de los trastornos depresivos, dentro del cual existen diversos tipos que difieren entre sí en función de la duración e intensidad del síndrome depresivo. Los principales síntomas asociados de manera general con la depresión son tristeza, incapacidad absoluta para experimentar placer (anhedonia), pesimismo, y fuertes ideas de inutilidad o de culpa excesivas. Los principales tratamientos para la depresión son los antidepresivos, tratamientos de tipo psicoterapéuticos, y en algunos tipos de depresión se requiere también el uso de antipsicóticos e incluso de terapia electroconvulsiva (TEC).

La etiología de la depresión es diversa, según el paradigma predominante de la psiquiatría médica. Se considera que pueden existir causas genéticas para el desarrollo de este trastorno, debido a que es tres veces más frecuente que se desarrolle entre familiares de primer grado de quienes la padecen. También se producen alteraciones neurológicas y hormonales que pueden influir en su desarrollo. Como ocurre con otros trastornos psiquiátricos, la depresión puede ser causada por otra enfermedad, o ser provocada por fármacos u otras sustancias químicas. La importancia de los factores sociales para desarrollar este trastorno dependerá del énfasis que las diferentes corrientes otorgan a la influencia del contexto y de las circunstancias sociales para la salud mental. En general, hay bastante unanimidad en admitir que los factores sociales pueden precipitar o mantener este trastorno.

Desde la psiquiatría actual se afirma que para poder hablar de trastornos de tipo depresivo, los síntomas han de estar presentes durante un periodo mínimo de dos semanas, puesto que menos tiempo podría tratarse de una tristeza considerada "normal". En el epígrafe dedicado al DSM-5 y posteriores, desarrollaré de manera más amplia lo relativo a la depresión en las clasificaciones actuales y a la problemática cuestión de establecer el umbral entre la tristeza patológica y la normalidad. Tras exponer brevemente en qué consiste el trastorno depresivo mayor y su concepción dentro de la práctica psiquiátrica, en la siguiente sección se plantearán diferentes hipótesis que tratan de explicar en qué consisten los trastornos mentales.

3. LA NATURALEZA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

La pregunta acerca de qué son exactamente los trastornos o enfermedades mentales recibe diversas respuestas, algunas de las cuales no son necesariamente incompatibles, sino que las diferencias radican en el énfasis y la importancia que se les da a los diversos factores como posibles causantes del trastorno mental: biológicos, sociales, culturales, genéticos, económicos, etc.



Una de las respuestas más radicales a esta cuestión vino de la mano de la denominada "antipsiquiatría", que tomó fuerza a finales de los años sesenta. Fue un movimiento muy heterogéneo, propiciado en un primer momento por psiquiatras que se oponían al paradigma principal de la psiquiatría médica, pero cuya crítica fue extendiéndose a otros sectores de la población, llegando a adquirir tintes políticos. En este aspecto influyó notablemente la obra de Foucault *Historia de la locura en la Época Clásica*, que desde una lectura superficial llegó a ser considerada por la antipsiquiatría como "una poderosa herramienta a favor del cierre de los hospitales psiquiátricos, convirtiéndose el propio Foucault en uno de los principales abanderados de este movimiento." [Pastor Martín & Ovejero Bernal, 2009,296].

La antipsiquiatría se basaba en la crítica, e incluso el rechazo, de la psiquiatría como ciencia y de las técnicas empleadas para el tratamiento de las supuestas enfermedades mentales, que consideraban básicamente un mito. Lo que la psiquiatría definía como enfermedades mentales eran en realidad el efecto de problemas sociales, éticos y culturales, o incluso una estrategia para mantener apartados a los disidentes y a aquéllos que suponían algún tipo de amenaza para el orden establecido. La psiquiatría era una herramienta para convertir a estos pacientes "en inofensivos mediante tratamiento

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

farmacológico o mediante terapia electroconvulsiva” [Wulff et al., 2002, 150].

Thomas Szasz (1920-2012) es considerado uno de los principales representantes de la corriente de pensamiento antipsiquiátrico. Defendía que la psiquiatría no es una ciencia, sino pseudociencia porque aquello que define como enfermedad no puede demostrarse mediante parámetros científicos, y a diferencia de lo que ocurre en el resto de la medicina, donde las enfermedades son algo objetivo, empírico y científicamente demostrable según él, en la psiquiatría vienen determinadas por el acuerdo de unos cuantos expertos. Para Szasz, “la enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su tratamiento. En la práctica se ocupan realmente de los problemas personales, sociales y éticos de la existencia.” [Szasz, 2008, 294].

La postura de la antipsiquiatría fue perdiendo fuerza y se moderó en sus críticas, focalizándose más en los procedimientos y formas de tratamiento usadas desde la psiquiatría. En la actualidad pocos niegan seriamente la existencia de trastornos mentales, aunque se difiera acerca de cuál es su causa, pero la crítica realizada por los defensores de la antipsiquiatría tuvo una gran utilidad al promover la reflexión dentro del área de la salud mental.

Tras mencionar brevemente la posición defendida por la antipsiquiatría, se exponen a continuación las diversas respuestas que se han propuesto a la cuestión fundamental de cuál es la naturaleza de los trastornos mentales, para tratar de delimitar el objeto de estudio de la psiquiatría.

3.1. Clases naturales

Las enfermedades mentales como clases naturales se caracterizan por tener una existencia real al margen de las posibles clasificaciones que se realicen en la psiquiatría; sean o no reconocidas desde el ámbito de la salud mental. Además, una de sus principales características es que tendrían una etiología bien definida, habría un agente causal determinado y único que explicaría los síntomas y el curso de la enfermedad. La consideración de las enfermedades como clases naturales está ampliamente extendida en la teoría biológica que sirve de base al campo de la medicina e influye directamente sobre los conceptos de la psiquiatría. Desde este punto de vista, los problemas mentales se consideran enfermedades, similares a cualquier otra patología de carácter físico.



El concepto de enfermedad derivado de la teoría biológica parte del modelo mecanicista para entender el organismo humano. En esta línea, Boorse propone que la enfermedad consiste en una disfunción del organismo del individuo que lo aleja del diseño de la especie. Este diseño se establece en base a la normalidad estadística: cuanto más frecuente sea un rasgo o función dentro de una población dada, más probable es que obedezca al diseño de la especie. La similitud con el diseño de la especie es lo que se entendería por salud, mientras que las anomalías supondrían disfunciones que serían consideradas como enfermedad.

Esta perspectiva de las nociones de salud y enfermedad está sujeta a algunas objeciones que afectan tanto a la medicina en general como a la psiquiatría en particular. La principal es que la determinación del diseño de la especie en base a la normalidad estadística da lugar a muchas inexactitudes o directamente a contradicciones con la hipótesis de Boorse. Por un lado, existen algunos problemas de índole psicológica que son considerados como trastornos o enfermedades mentales (ej. depresión, ansiedad) pero cuya frecuencia entre la población los situaría según los criterios de Boorse como rasgos del diseño de la especie y no como anomalías que constituyen una enfermedad.

Desde la psicología evolutiva y precisamente debido a esta frecuencia, ha llegado a plantearse que algunos de los trastornos con base genética se encuentran tan extendidos porque en algún momento desempeñaron una función adaptativa [Cooper, 2004]. La alta prevalencia de algunas de estas enfermedades, entre las que Cooper menciona el trastorno maniaco-depresivo, ansiedad, abuso de drogas y desórdenes de la personalidad, es difícilmente explicable como simple producto de mutaciones aleatorias, y por ello los psicólogos evolutivos consideran que hubo una selección de estos rasgos porque supusieron algún tipo de ventaja para la supervivencia. Esto implica que la enfermedad no supone siempre necesariamente una disfunción en el sentido de Boorse, ni estará limitada únicamente a una minoría de la población en todos los casos.

La principal laguna de la propuesta de Boorse es que no tiene en cuenta la teoría de la evolución dentro de sus conceptos de salud y enfermedad.” Evolution is a constant ‘experiment’ to deviate from the species design” [Kovács, 1998, 32]. La adaptación a un entorno cambiante implica variaciones constantes, que son las que pueden contribuir a la supervivencia de la especie. Aunque estas variaciones dieran lugar a rasgos que en

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

un primer momento fueran atípicos, no puede derivarse de ello que el individuo que los posee no está sano. El diseño de la especie no es algo tan estable e inamovible como lo presenta Boorse, porque la evolución se basa en desvíos constantes de este diseño para favorecer la adaptación al medio, haciendo que aquellas variaciones que resulten ventajosas se vayan presentando en más individuos en siguientes generaciones.

La teoría biológica de la medicina aplicada a las nociones de salud y enfermedad aspira a ser puramente objetiva y científica, pero está aquejada de algunos problemas que se trasladan, e incluso se agravan, si extrapolamos las definiciones de salud y enfermedad al campo de la psiquiatría. Kraepelin, cuyas ideas influirían de manera determinante en el desarrollo de esta rama de la medicina, “afirmaba que las enfermedades mentales se caracterizan por una causa específica, una anatomía patológica cerebral determinada, un cuadro clínico en particular y un tratamiento concreto.” [Wulff et al., 2002, 152].

Según Kraepelin las enfermedades mentales serían clases naturales, cuya existencia estaría al margen de las nociones de la psiquiatría y consistirían en algo claro, simple y bien delimitado.

De la definición de Kraepelin, cabe destacar que, en el ámbito de la salud mental, en un gran número de casos no es posible encontrar el supuesto mecanismo biológico subyacente de aquello que se consideran enfermedades mentales, porque pueden producirse sin que se den anomalías físicas. A pesar de los grandes avances de la neurociencia, en el campo de las enfermedades mentales no ha sido posible encontrar para muchas de ellas la anomalía física o la causa fisiológica que las produce, una constante aspiración de la psiquiatría, puesto que permitiría equiparar los problemas mentales con las enfermedades físicas de las que se ocupan otras ramas de la medicina. En los casos en los que sí ha podido hallarse una causa física subyacente, como por ejemplo cierta base genética, con frecuencia no resulta suficiente para explicar la enfermedad mental, puesto que suelen influir multitud de causas para que se desarrolle. En Kendler et al. (2010), los autores destacan dos problemas principales de la consideración de los trastornos mentales como clases naturales. En primer lugar, existen multitud de variaciones entre individuos y a lo largo del tiempo, tanto en lo referente a aspectos genéticos como en los relativos al entorno, por lo que hablar de clases esenciales de este tipo en biología resulta para los autores, en el mejor de los casos, una idealización.

En segundo lugar, se asume que existe un simple y único agente causal en los trastornos psiquiátricos, cuando en realidad el desarrollo de problemas mentales se ve afectado por múltiples factores (genéticos, químicos, ambientales, sociales...). Por ello afirman que “essentialist models of kinds are unlikely to be useful in our efforts to classify psychiatric illnesses. What is needed is a scientific model of classification that accommodates variability in members of the kind, multiple etiologies, and probabilistic interactions between causes and outcomes” [Kendler et al., 2010, 1145].

3.2. Clases parciales y procesos naturales

Rachel Cooper (2004) parte de la idea de que actualmente algunos trastornos mentales sí que constituyen clases naturales. Considera que las enfermedades mentales son clases naturales de procesos, como pueden ser algunas reacciones en química o ciertos procesos biológicos, que pueden llegar a dar lugar a clases naturales. Para que las enfermedades mentales pudieran ser consideradas en todos los casos como clases naturales, deberían existir similitudes fundamentales en todos los casos, además de una misma causa subyacente, por ejemplo, que siempre un mismo gen fuese causante de unos síntomas característicos y de un curso similar de la enfermedad. Desafortunadamente, una gran cantidad de trastornos mentales no son lo suficientemente conocidos ni comprendidos como para poder cumplir estos criterios. Por ello, Cooper introduce la noción de clases parciales: “Diseases will be partial kinds when cases of the disease are similar to each other in some, but not all, fundamental respects” [Cooper, 2004, 13]. La autora propone que algunos tipos de trastornos mentales pueden dar lugar a clases naturales mientras que otros se convertirán en clases parciales. Algunas de estas modificaciones dependerán de los descubrimientos que se produzcan en el área de la investigación de los trastornos mentales y sus procesos.

3.3 Construcciones sociales

En la actualidad, se acepta de manera generalizada que los factores sociales desempeñan un papel crucial en el desarrollo de los trastornos mentales, aunque dependiendo de la perspectiva teórica se les concede mayor o menor grado de influencia. Desde el campo de la psiquiatría social, se estudian científicamente las posibles influencias ambientales en la aparición y desarrollo de los trastornos mentales, y se considera que algunas patologías mentales son problemas de carácter social.

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

Como ejemplo para ilustrar este tipo de casos, en Wulff et al. (2002, 160) se menciona la cuestión de la drogadicción. Aunque puedan existir otros factores que la impulsan e influyan en su desarrollo, como pueden ser de tipo biológico o genético, la psiquiatría social afirmará que son los factores sociales los que determinan la aparición y expansión de este tipo de problemas. La psiquiatría social afirma que los factores sociales son determinantes en la aparición y continuidad de los trastornos mentales, pero se admite también que pueden influir otras causas, aunque se considere que las cuestiones sociales pueden ser las principales en algunas situaciones. Los psiquiatras partidarios de este punto de vista del desarrollo de los trastornos mentales abogarán por la educación y la prevención en aquellas personas que puedan ser más vulnerables y tengan mayores riesgos; algo que trasciende el ámbito puramente sanitario y requiere medidas de índole social, política y educativa.

En algunos casos, partiendo de la importancia que tienen los factores sociales para la salud mental, se ha llegado a plantear que los trastornos mentales puedan ser construcciones sociales, y se considera que “psychiatric kinds are brought into being by cultures and societies through the act of categorizing them as specific kinds.” [Kendler et al., 2010, 1145]. No se niega la existencia de enfermedades mentales, como sí que hizo la antipsiquiatría, pero de esta postura se sigue que los diversos trastornos mentales serían dependientes y variarían con el tiempo y según las culturas. Como ejemplo, “a constructionist analysis would claim that melancholia in the 17th century and major depression disorder in the 21st century should be as different disorders because they are conceptualized differently in different times and cultures.” [Kendler et al., 2010, 1145].

Esta idea parece contradecir algunos de los datos de los que disponemos, según los autores citados. La esquizofrenia, por ejemplo, según afirman en el artículo mencionado, parece haberse mostrado con los mismos síntomas en diversas culturas y en diferentes épocas. Pero el cuadro sintomático resulta similar e identificable a lo largo del tiempo desde la perspectiva actual, una vez creada la categoría de “esquizofrenia” y tras examinar los trastornos parecidos a ella a posteriori. Cabe destacar que, con anterioridad, aquellos que padecían los síntomas más frecuentes de la esquizofrenia (alucinaciones, ideas delirantes, distanciamiento afectivo y aislamiento social...) podían ser fácilmente diagnosticados de “melancolía”, puesto que muchos síntomas eran coincidentes.

Estas variaciones no demuestran que no exista una patología propia que sea la esquizofrenia o la depresión, con un conjunto de síntomas, desarrollo y causas que lo provoquen. Por ello se puede considerar, según los autores mencionados, que los conceptos y la clasificación de las patologías sí que pueden ser considerados construcciones sociales, y no las propias dolencias, para las que, en cualquier caso, los factores sociales jugarán un papel fundamental.

Es conveniente evaluar la posibilidad de que algunas enfermedades mentales sí que sean únicamente construcciones sociales. Este sería sin duda el caso de la homosexualidad, que estuvo tipificada como patología en las clasificaciones académicas de psiquiatría, como el DSM, hasta los años setenta. Algo que en la actualidad se considera, de manera general, simplemente una opción sexual, fue considerado una enfermedad mental durante años.

Para entender las enfermedades mentales como construcciones sociales se debe analizar por un lado al individuo y por otro el entorno social, que incluiría normas morales, instituciones, valores culturales y religiosos, etc., desde donde se construiría el trastorno mental. El entorno social construiría la enfermedad mental que posteriormente será diagnosticada a algunos de los individuos de ese mismo entorno. Desde esta perspectiva, cabe preguntarse si en algunos casos es el individuo o el entorno el que realmente padece un “trastorno”. “If health is the desirable relationship between the body and the environment, and if this relationship is undesirable, and the environment can be changed, it is theoretically a question of view-point whether we call the body or the environment as diseased” [Kovács, 1998, 34].

En el ejemplo mencionado sobre la homosexualidad, fue el entorno social el que hubo de cambiar, dejando de considerar enfermo al individuo. La homosexualidad fue desapareciendo de los manuales de clasificación de las enfermedades mentales hasta dejar de ser definida como un trastorno. En 1973, la homosexualidad desapareció como enfermedad mental en el DSM, y en las décadas posteriores fue ocurriendo lo mismo en otras clasificaciones e instituciones.

Kovács (op.cit.) expone una clara distinción entre el enfoque médico y el sociológico en referencia a las enfermedades; para la medicina,



SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

“[...]there is something wrong with that body or mind, which is unable to adapt to its environment. The sociological approach would be as follows: there is something wrong with that society, to which human beings with some given physical or mental characteristics are not able to adapt.” [Kovács, 1998, 35].



Las causas por las que los profesionales de la salud mental llegaron a diagnosticarla como un trastorno eran en realidad ajenas a la medicina, la observación y la investigación; se basaba en creencias religiosas, morales o en prejuicios sin bases demostrables. A pesar de la gran influencia que tuvieron sobre esta cuestión los profesionales de la salud mental y de las terribles consecuencias que tuvieron algunos tratamientos para los supuestos pacientes, no se puede achacar únicamente a la psiquiatría este error. El marco teórico y el ejercicio de la psiquiatría se inscriben en una época concreta de la que no son ajenos, por lo que los profesionales no están por encima del contexto social, cultural, y de las creencias de donde desarrollan su trabajo. En casos como el de la homosexualidad, los manuales terminan reflejando creencias preexistentes en la sociedad, pero siempre pueden ser modificadas.

3.4. Clases “humanas”

Ian Hacking defenderá que existen ciertas clasificaciones aplicadas a los seres humanos, entre ellas la de los trastornos mentales, que no consisten en clases naturales, sino que han de pertenecer a un nuevo tipo de clasificación.

Hacking distingue al menos dos tipos de enfermedades mentales [Hacking, 2001]. Por un lado, están aquellas a las que denomina “transitorias”, no en referencia al tiempo que duran en la vida de un individuo, sino porque se presentan únicamente en épocas y lugares concretos. Entiende la enfermedad transitoria como

“[...] aquella que aparece en un tiempo y un lugar determinado y, o bien desaparece sin dejar rastro o bien reaparece en otro lugar y en otras circunstancias, siempre por razones que tienen que ver con el ambiente cultural de la época y del país o del contexto socio-geográfico en el que la enfermedad surge como tal.” [Huertas, 2011, 440].



Por otro lado, Hacking hace referencia a aquellas enfermedades que parecen haber estado presentes en el ser humano en casi todas las épocas y lugares. A pesar de que este tipo de enfermedades, como la esquizofrenia o la depresión, hayan podido recibir diferentes nomenclaturas y se haya modificado la percepción social del trastorno o el modo de afrontarlo, Hacking defiende que no son construcciones sociales, aunque sí que pueda serlo lo que las rodea, sino que existen de un modo más “real”.

En referencia a la clasificación de las enfermedades mentales, Hacking introduce el nuevo concepto de “clases interactivas”. Esta noción será aplicable a las clasificaciones, a aquellas clases que pueden influir en lo clasificado, “y debido a que las clases pueden interactuar con lo que se clasifica, la misma clasificación puede ser modificada o reemplazada.” [Hacking, 2001, 173]. Esta situación se produciría únicamente en las clasificaciones de personas porque pueden ser conscientes de cómo son clasificadas, además de verse afectadas por las instituciones y prácticas diversas, que también interactúan con la clasificación.

Cuando las clasificaciones son conocidas por las personas, por quienes están a su alrededor y son usadas en las instituciones, “cambian las formas en que los individuos tienen experiencia de sí mismos; pueden llevar a que los sentimientos y conducta de las personas evolucionen, en parte, por ser clasificadas así.” [Hacking, 2001, 175]. Cuando las personas clasificadas conocen su clasificación, esto puede provocar una modificación de su conducta, que podría obligar a cambiar de nuevo la clasificación, produciéndose, como afirma Hacking, un bucle.

Según expone Radden en su artículo, las nociones de melancolía y depresión han ido modificándose y algunas de sus diferencias se deben a cuestiones dependientes de la cultura. Pero añade que “melancholia and depression are obvious cases of what Hacking has called *interactive kinds*, categories-and conditions- affected not only by other cultural changes but by their sufferers’ awareness of themselves as so classified.” [Radden, 2003, 41].

En opinión de Hacking, las ciencias sociales y las relacionadas con la psicología (donde muy probablemente puede incluirse, al menos en lo que a la clasificación de los trastornos mentales se refiere, a la psiquiatría), tienen la ambición de presentar clases naturales en sus objetos de estudio. Pero las clases naturales son

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

“indiferentes” a la clasificación, no se ven modificadas porque lo clasificado no es consciente de ello y no varía la percepción de sí mismo ni su conducta al ser clasificado.

Esta cuestión marcaría una de las principales diferencias entre las ciencias naturales, cuyas clasificaciones en clases naturales son indiferentes para los objetos clasificados; y las ciencias sociales, que al clasificar personas han de trabajar en la mayoría de los casos con clases “interactivas”. Pero hay que tener en cuenta también que “alguna de estas clases interactivas puede identificar genuinas propiedades causales, clases biológicas que, como todas las clases indiferentes, no son afectadas, en cuanto clases, por lo que sabemos sobre ellas.” [Hacking, 2001, 204].

El ámbito de la salud mental ha de moverse entre estos dos campos, y esto influye directamente en el modo de identificar y tratar los trastornos mentales. Por ejemplo, en el caso de la depresión [Hacking, 2001, 196], algunos psiquiatras son partidarios de prescribir un producto químico, un antidepresivo en este caso, y controlar su uso; mientras que otros son partidarios, para el caso de algunos pacientes, de tratamiento terapéutico puramente psicológico. La primera opción trataría de resolver el problema considerando la depresión una clase natural, y actuaría sobre el cuerpo, mientras que en la segunda, la perspectiva y la consideración que el individuo tiene sobre sí mismo, así como las que tiene el entorno hacia el paciente, serían indispensables para curar el trastorno.

En una gran cantidad de casos sin duda los profesionales recomendarían combinar ambas cosas, paliar los síntomas más graves con fármacos, pero abordar mediante terapia las cuestiones personales que estén afectando al paciente. En algunas de estas situaciones la elección entre un tratamiento u otro vendrá determinada por la limitación de los recursos.

3.5. El uso práctico de los términos

Desde una posición pragmática, se defiende que los conceptos y clasificaciones como construcciones científicas son simplemente herramientas para lograr unos objetivos con mayor facilidad, y evalúan estas herramientas en función de su utilidad, al margen de su posible correspondencia con una realidad esencial. Este enfoque pretende evitar los debates metafísicos sobre la naturaleza de los conceptos y centrarse en la utilidad

de su uso. Esta visión instrumental se aproxima al modelo ateorico y puramente descriptivo que pretendió desarrollarse en la tercera y cuarta edición del DSM.

El objetivo del enfoque instrumental de los conceptos en psiquiatría sería crear un lenguaje común, que facilite la comunicación entre investigadores y profesionales. El problema es que estos conceptos han de construirse sobre algún fundamento, y el enfoque práctico, al evitar profundizar en las cuestiones más delicadas, no tendrá argumentos para determinar sobre qué cimientos construir sus conceptos. “Pragmatism enjoins us to build useful theories, but it is agnostic about which kinds of theories are most likely to be useful.” [Kendler et al., 2011, 1146].

La perspectiva pragmática beneficia a la práctica psiquiátrica porque se focaliza únicamente en su ejercicio y le permite seguir con su labor en ausencia de teorías definitivas e irrefutables, pero las diferencias y controversias que la acompañan quedan latentes y sin resolver, pudiendo entorpecer la labor psiquiátrica a pesar de pretender dejarlas al margen.

Vistas las diversas propuestas acerca de cuál es la naturaleza de los trastornos mentales, en la siguiente sección se expondrá el desarrollo y la evolución de la clasificación de los trastornos mentales a través del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), uno de los manuales más influyentes en la actualidad, tanto en la práctica psiquiátrica como en la investigación.

4. DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

En psiquiatría, como en otras disciplinas relacionadas con la medicina, se hizo indispensable elaborar un sistema de clasificación de las enfermedades mentales que estuviese basado en criterios empíricos y objetivos, y pudiese ser aceptado de manera generalizada por las personas que se dedican al ejercicio dentro del campo de la salud mental. La clasificación permitiría también la creación de un lenguaje común entre los investigadores y profesionales, que facilitaría la comunicación y contribuiría a evitar equívocos.

El DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) es una clasificación de los trastornos mentales elaborada por la American Psychiatric Association (APA). Es uno de los sistemas más utilizados por los

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

profesionales e investigadores, junto con la clasificación propuesta por la OMS, la ICD (International Classifications of Diseases). Ambos sistemas se han ido haciendo compatibles y similares en las sucesivas ediciones de sus clasificaciones de los trastornos mentales. En el DSM se establecen las diferentes categorías de los trastornos mentales y los criterios para diagnosticarlos.

4.1. Historia y primeros DSM

El precedente de la clasificación del DSM podemos encontrarlo en el *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*, desarrollado en 1918 por la AMPA (American Medico-Psychological Association, que en 1921 daría lugar a la actual APA) como manual de funcionamiento en las instituciones mentales. El uso de este primer manual no estaba muy extendido entre los profesionales del campo de la psiquiatría y la psicología, y era utilizado generalmente para la recogida de datos y la elaboración de estadísticas. El manual de 1918 seguía principalmente la clasificación de las enfermedades mentales propuesta por Kraepelin, y la enfermedad mental se consideraba una disfunción en el funcionamiento del organismo, provocada por un daño orgánico. Las enfermedades se clasificaban por síntomas y no se ahondaba en las posibles causas subyacentes, más allá del daño orgánico.

El *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* recibió diversas críticas. El psiquiatra suizo Adolf Meyer (1866-1950) “reivindicaba la importancia de la historia vital individual, y criticaba por tanto la naturaleza kraepeliana de un manual que no prestaba atención alguna a estas cuestiones.” [García Zabaleta, 2019, 443]. Muchos de los trastornos que padecía la población no se debían a daños orgánicos, por lo que desde el paradigma basado en las ideas de Kraepelin quedarían fuera de estas clasificaciones.

La primera edición del DSM fue en el año 1952. Debido a la influencia de las teorías psicoanalíticas y otros trabajos de Freud, las teorías de Adolf Meyer y la experiencia de la Segunda Guerra Mundial, se fue modificando el enfoque sostenido en los manuales precedentes. En el DSM-I los trastornos mentales eran entendidos “como reacciones² de la personalidad a factores

2. El concepto de “reacción” es fundamental en las teorías de A. Meyer. Entiende que los trastornos mentales son reacciones del individuo que trata de adaptarse a los estresores de su ambiente o contexto sin conseguirlo. La falta de adaptación del individuo da lugar a la reacción que consiste en el trastorno mental.

psicosociales.” [Sandín, 2013, 256]. Desde esta perspectiva se establecía una continuidad entre lo normal y lo anormal, los trastornos mentales se verían como una cuestión de grado, continua, no discreta.

A este cambio de perspectiva contribuyeron notablemente las observaciones de los psiquiatras al tratar a excombatientes de la guerra, lo que llevó a evidenciar que los factores ambientales, como el estrés, o vivencias personales como las que pueden darse luchando en una guerra, influyen de manera determinante en el desarrollo de enfermedades mentales. Este tipo de factores ambientales afectarían al individuo de tal forma que terminaría siendo incapaz de adaptarse a ellos, causando así el trastorno mental.

“La influencia más directa en la práctica es que la salud y la enfermedad mental empiezan a concebirse como cuestiones graduales, es decir, se deja de considerar la disfunción orgánica como causa única de la enfermedad mental, y la relevancia ganada por los factores ambientales propicia que se preste atención a la experiencia vital y a las emociones del individuo en el tratamiento mediante la psicoterapia. En este sentido, se potencia la prevención de este tipo de trastornos y los tratamientos basados en psicoterapia frente al internamiento institucional.” [García Zabaleta, 2019, 444].

El DSM-II se publicó en 1968, manteniendo en general el enfoque de la edición precedente y con muy pocos cambios respecto a ésta. La principal crítica a las dos primeras ediciones del DSM es que “[...] tanto el DSM-I como el DSM-II carecían de una descripción de criterios formales que sirvieran para determinar los límites de cada trastorno, [...] era prácticamente imposible determinar la fiabilidad de los diagnósticos.” [Sandín, 2013, 256].

4.2. DSM-III

4.2.1. Críticas a la teoría y la práctica de la Psiquiatría



Entre los años 1960 y 1970, la psiquiatría se vio sometida a varias críticas y se enfrentó a una “crisis de legitimidad”. Se puso en cuestión el estatus científico de la psiquiatría y sus métodos, las dificultades para establecer el umbral entre la normalidad y lo patológico, así como los problemas para demostrar la eficacia de los tratamientos.

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

En primer lugar, la inclusión de la homosexualidad como trastorno mental en el DSM-II, dio lugar a principios de los años setenta a muchas críticas y diversas protestas desde el activismo gay, pidiendo que la homosexualidad dejase de considerarse una enfermedad mental y desapareciese de las clasificaciones de la psiquiatría. Los miembros de la APA votaron al respecto, y en 1974, en la séptima edición del DSM-II, la homosexualidad como tal dejó de ser clasificada como un trastorno mental, aunque para aquellas personas para las que su condición sexual fuese causa de sufrimiento, sí que podía llevar aparejado un trastorno mental. Robert Spitzer, quien dirigió la elaboración del DSM-III, sugirió que “homosexuality per se is not a disorder but a diagnosis should be included for homosexuals who experience distress concerning their sexual orientation.” [Cooper, 2004, 6]. Esto permitió dejar abierto un camino intermedio entre aquellos que seguían considerando la homosexualidad como un trastorno mental y aquellos que la entendían simplemente como una opción sexual.

En segundo lugar, la falta de unanimidad y de criterios comunes para realizar diagnósticos se hizo muy evidente, especialmente entre unos países y otros, con las consecuencias que lleva asociadas la elección de un tratamiento u otro para los pacientes.

“El diagnóstico psiquiátrico es problemático, y lo ha sido especialmente en el pasado, cuando no se compartían criterios uniformes sobre las enfermedades, época en la que se hizo clásico el aserto de que para curar de esquizofrenia a un estadounidense, bastaba con que cruzara el Atlántico, ya que en Europa se le diagnosticaría de otro problema, presumiblemente menos grave.” [Medrano, 2014, 656].

La gran desconfianza que había hacia el diagnóstico psiquiátrico aumentó con la publicación de “On being sane in insane places” en la revista *Science* en 1973. Conocido como el “experimento de los falsos locos”, fue llevado a cabo por un grupo de investigadores dirigidos por David Rosenhan. Estos investigadores se hacían pasar por enfermos mentales para conseguir un falso diagnóstico de trastorno mental, para demostrar que no había que padecer realmente una enfermedad mental para ser diagnosticado. Efectivamente, las once personas que llevaron a cabo el experimento fueron diagnosticadas de un trastorno mental, ingresadas en hospitales psiquiátricos y recibieron tratamientos farmacológicos. El experimento dejó patentes las enormes

dificultades para realizar diagnósticos psiquiátricos y distinguir entre las conductas patológicas y no patológicas.

Por último, las críticas y problemas de que estaba aquejada la psiquiatría dieron lugar a la denominada “antipsiquiatría” mencionada más arriba, que cuestionaba el estatus de ciencia de la psiquiatría, sus métodos, la eficacia de los tratamientos y destacaba los numerosos problemas existentes para determinar qué es patológico y qué es normal. Para tratar de paliar estas críticas, la psiquiatría se alejará del enfoque psicodinámico de los dos manuales precedentes, y adoptará un enfoque neokraepeliano, con una perspectiva más biologicista, en aras de intentar recuperar el rigor científico y tratar de equipararse con otras disciplinas y otras ramas de la medicina cuyo carácter de ciencia estaba menos cuestionado.

4.2.2. Cambio de paradigma en el DSM-III



El DSM-III fue publicado en 1980, cuya elaboración estuvo dirigida por Robert Spitzer. El objetivo principal era obtener una clasificación ateórica, puramente descriptiva, donde se expusieran los trastornos mentales sin adoptar ninguna teoría acerca de la etiología de cada enfermedad. Con ello se aspiraba a una aproximación más neutral y rigurosa, dando lugar a un manual que pudiese ser utilizado por todos los profesionales, al margen de su orientación teórica. A pesar de ello, el manual acabó teniendo un enfoque más próximo a los profesionales de orientación biologicista y biomédica, un modelo teórico que se mantendrá en posteriores ediciones del DSM.

En el DSM-III, aunque se admite que no existe una definición plenamente satisfactoria para la noción de “trastorno mental”, se incluye la siguiente definición:



“each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioural or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is typically associated with either a painful symptom (distress) or impairment in one or more areas of functioning (disability). In addition there is an inference that there is a behavioral, psychological, or biological dysfunction, and that disturbance is not only in the relationship between the individual and society.” [APA, Introducción DSM-III, 1980, (en Cooper, 2004, 6)].

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

La definición establece la idea de la enfermedad como disfunción, una entidad real y potencialmente identificable como una clase natural. Este cambio de perspectiva supuso el abandono de un paradigma de enfoque psicosocial para los trastornos mentales en favor de una clasificación compuesta de categorías basadas en síntomas para definir las enfermedades mentales. “Robert Spitzer, máximo responsable de este manual, aplicó el enfoque de Kraepelin, según el cual debían especificarse de forma rigurosa y bien definida los criterios para el diagnóstico de cada trastorno mental.” [Sandín, 2013, 257]. Desde este paradigma, se centrará la atención en los síntomas de la enfermedad para justificar el diagnóstico y el posible tratamiento, omitiendo el juicio sobre las causas subyacentes que no estuviesen respaldadas por el conocimiento científico.

El DSM-III contenía listas de síntomas asociados a diferentes trastornos y se especificaba cuántos de ellos y durante cuánto tiempo debían presentarse para poder diagnosticar la enfermedad. Por ejemplo, en el caso del trastorno depresivo mayor o depresión clínica (“major depression”), el diagnóstico requiere que el paciente presente cinco síntomas de una lista con nueve criterios, durante un periodo de tiempo superior a dos semanas. Esto puede dar lugar a que dos individuos con el mismo diagnóstico puedan presentar síntomas diferentes.

El número de categorías en la clasificación del DSM-III se incrementó con respecto a los manuales anteriores, y por lo tanto también el número de trastornos mentales que podían diagnosticarse. Esto no implica necesariamente que surgiesen más enfermedades mentales entre la población, puesto que el número de conductas que debía tratar la psiquiatría eran más o menos las mismas.

Aunque se iban produciendo avances en el conocimiento acerca de la salud mental, no se había desarrollado lo suficiente como para asentar el DSM-III sobre nuevos descubrimientos. El aumento del número de categorías dentro del manual pudo deberse a una mayor especificidad en las descripciones de los trastornos mentales, aunque también empezó a producirse el fenómeno de la “medicalización” de la vida cotidiana, por el cual cada vez un mayor número de circunstancias que hasta el momento se consideraban normales, comenzaron a entenderse como patológicas y a buscar soluciones en la medicina y en la psiquiatría.

En el DSM-III se establece por primera vez un sistema multiaxial para el diagnóstico, que se ampliará y se mantendrá en la cuarta edición del manual. Este sistema servía para contribuir a que la atención de los clínicos no se limitase a los aspectos biológicos o psicológicos, sino que también debían tenerse en cuenta los factores sociales y ambientales, aunque estos últimos tendían a utilizarse con menos frecuencia. “[...] the multiaxial approach played a key strategic role in addressing the concerns of those who feared that the DSM was an overly ‘medical’ or ‘biological’ diagnosis system.” [Cooper, 2018, 55].

4.2.3. Ventajas e inconvenientes del nuevo DSM

La publicación del DSM-III contribuyó de manera muy positiva en algunos aspectos. La creación de un lenguaje común y estandarizado facilitó la comunicación entre los profesionales y favoreció el desarrollo y el intercambio de información en las investigaciones. Al proporcionar unas descripciones mucho más exhaustivas, también contribuyó a mejorar los diagnósticos, y proporcionó más rigurosidad y fiabilidad a las investigaciones y a la evaluación de la eficacia de los tratamientos.

El desarrollo de nuevos fármacos y su uso en instituciones mentales mejoró enormemente la calidad de vida de los pacientes con trastornos crónicos y graves, porque les abrió la posibilidad de poder llevar una vida normal dentro de la sociedad y dejar de estar aislados. Muchos de estos pacientes pudieron abandonar las instituciones mentales y se redujo el número de ingresos involuntarios, e incluso a la fuerza, durante largos periodos de tiempo, para aquellos que respondían a los nuevos psicofármacos.

A pesar de no lograr la neutralidad teórica a la que aspiraba y tener un enfoque de influencia biomédica, el DSM-III fue utilizado no sólo dentro del campo sanitario y de la investigación, sino también en el ámbito de la justicia y el forense, las compañías de seguros y en multitud de instituciones y organizaciones relacionadas con cuestiones sanitarias.

El DSM-III y el cambio de paradigma que supuso para la psiquiatría ha sido objeto de numerosas críticas. Se ha objetado que se abandonase la idea de los manuales anteriores de prestar atención a la experiencia vital del individuo y a los factores sociales y ambientales que le rodean, como posibles detonantes o mantenedores de los trastornos mentales. En lugar de ello, la adopción de

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

una perspectiva kraepeliana vuelve a poner únicamente el foco en lo biológico y lo fisiológico, identificando la enfermedad con la disfunción, cuando no son necesariamente equivalentes.

El incremento del número de categorías tuvo como consecuencia el que un mayor número de conductas fuesen consideradas patológicas, e “implica un significativo aumento en el número de sujetos de ser susceptibles de ser diagnosticados positivamente y, por extensión, de ser tratados con psicofármacos.” [García Zabaleta, 2019, 453]. Esto supone un gran avance para aquellas personas que tenían dificultades en su vida cotidiana o padecían sufrimiento a causa de un trastorno no diagnosticado, pero también puede dar lugar a que algunas personas que tienen problemas o dificultades más leves terminen siendo diagnosticados de una enfermedad mental y recibiendo medicación.

El nuevo enfoque trajo consigo un gran aumento del uso de fármacos, en detrimento de la psicoterapia. En algunos casos graves mencionados más arriba esto supuso una mejora radical en la vida de algunos pacientes crónicos. Pero también implicó un aumento de su uso para patologías menos graves, cuando un tratamiento menos agresivo y sin los efectos secundarios que acarrea muchos psicofármacos (como, por ejemplo, generar dependencia), habrían podido ayudar al paciente.

Al aumento del uso de fármacos y la disminución del recurso a la psicoterapia contribuyeron de manera importante dos agentes: las compañías de seguros y la industria farmacéutica. Para las compañías de seguros, que empezaron a dar cobertura también a la salud mental, era muy problemático sufragar un tratamiento como la psicoterapia, cuya eficacia era muy difícil de demostrar y podía ser necesaria durante mucho tiempo (incluso toda la vida), por lo que los resultados eran difícilmente medibles y resultaba muy complicado predecir y justificar el gasto que implicaban las terapias. La eficacia de los fármacos era mucho más fácil de comprobar y suponía una solución, en principio, más rápida.

Para la industria farmacéutica, el tratamiento farmacológico para los trastornos mentales suponía una gran ampliación del mercado, no sólo porque habría un gran número de pacientes nuevos que comprarían fármacos, sino porque además muchos de ellos lo harían de por vida. La posibilidad de tratar de encontrar fármacos nuevos para las enfermedades ya conocidas, y también para las nuevas categorías, dio lugar a que empezaran a dedicar enormes esfuerzos y grandes inversiones en la investigación.

El abandono del paradigma psicodinámico por el modelo biomédico, la introducción de los fármacos como tratamiento normalizado y la gran influencia del DSM-III entre los profesionales de la psiquiatría y en otros campos relacionados con la salud mental, modificaron la teoría y el ejercicio de la psiquiatría tal y como se entendía en los manuales anteriores. Los trastornos mentales se equipararán al resto de las enfermedades médicas, centrándose el diagnóstico y el tratamiento en los síntomas del paciente y se confiará en el avance científico futuro en el campo de la biología y la neurociencia para poder determinar las causas subyacentes de las enfermedades mentales.

En 1987 se publicó el DSM-III-R, una revisión del DSM en la que se hicieron algunos cambios y se añadieron nuevas categorías. Entre ellas, se incluyen los casos en los que los trastornos pueden ser causados por los psicofármacos utilizados para tratar otros trastornos. “Es llamativa, en este sentido, la inclusión de los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos entre las sustancias psicoactivas generadoras de trastorno. No deja de ser curioso que sustancias utilizadas en el tratamiento de trastornos mentales deban verse añadidas al manual como causa de otros.” [García Zabaleta, 2019, 454]. En los casos de patologías graves que causan grandes incapacidades y disminuyen mucho la calidad de vida, el riesgo seguramente esté justificado, pero en el caso de trastornos más leves es posible que métodos mucho menos agresivos, como la psicoterapia, evitasen efectos secundarios tan peligrosos.


Según Allen Frances, quien se encargará del desarrollo del DSM-IV y trabajó directamente en la ampliación del DSM-III-R, algunos problemas que encontramos en la actualidad empezaron a hacerse visibles entonces. “Las ventas de Prozac se dispararon, al menos en parte, debido a la poco rígida definición del trastorno depresivo mayor del DSM.” [Frances, 2019, 93]. Para él esto dejaba patente que los fármacos psicotrópicos suponían un gran mercado para la industria farmacéutica, y el hecho de que los profesionales los recetaran y aumentasen por tanto las ventas de estos productos, eran cuestiones que podían verse muy influidas por las decisiones que tomaran los encargados de redactar el DSM.

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

4.3. DSM-IV

Desde la primera edición del DSM hasta la cuarta, se fueron produciendo una serie de cambios relevantes tanto en el enfoque teórico como a nivel estructural. En el artículo de Kawa & Giordano (2012) se exponen cinco modificaciones importantes de la evolución del manual:

1. "A theoretical shift in the conceptualization of mental disorders from a bio-psychosocial model to a research-oriented, medical model;
2. Development of the multi-axial diagnostic system that facilitated a rise in biomedical findings based upon the five axes and the relation (s) between them;
3. The inclusion of new disorders and expansion of previously defined disorders;
4. A 'lateral' reorganization of disorders into discrete, broad categories that entailed merging a number of disorders and eliminating others;
5. A neo-Kraepelian paradigm shift that was first evidenced in the DSM-III, that reinforced the descriptive, somatic orientation that then became the norm in all subsequent DSMs." [Kawa & Giordano, 2012, 6].



El DSM-IV se publicó en 1994 bajo la dirección de Allen Frances, quien posteriormente será muy crítico con algunos aspectos de los DSMs, especialmente con la quinta edición. El desarrollo del DSM-IV fue similar a su edición anterior, y mantuvo la definición de trastorno mental presentada anteriormente, pero se especifica que "no definition adequately specifies precise boundaries for the concept 'mental disorder' and admit that 'the definition of *mental disorder* that was included in DSM-III and DSM-III-R is presented here because it is useful as any available definition.'" [APA, 1994: xxi, (en Cooper, 2004, 8)].

El DSM-IV conserva el sistema de diagnóstico multiaxial, ya introducido en el DSM-III. Este tipo de diagnóstico se desarrollaba en torno a cinco ejes:

- I. Trastornos clínicos
- II. Trastornos de la personalidad y retraso mental
- III. Enfermedades médicas (con código ICD)
- IV. Problemas psicosociales y ambientales
- V. Evaluación de la actividad global

Tal como ocurrió con los primeros desarrollos de este sistema, el diagnóstico multiaxial fue ignorado por muchos profesionales, que centraban la atención en los síntomas clínicos.

El DSM-IV supone una continuidad del manual anterior, basado en la sintomatología. La idea principal era que el manual resultante fuese lo más objetivo posible, por ello sentó sus bases en la evidencia científica disponible, haciendo un enorme trabajo de recopilación de artículos e investigaciones realizadas hasta aquel momento. El objetivo era realizar pocos cambios con respecto al manual anterior, únicamente los imprescindibles, y siempre justificados en la información disponible tras las revisiones de la bibliografía existente, los análisis de los datos y las pruebas de campo.

Con respecto al DSM-III, en esta cuarta edición se volvió a incrementar el número de trastornos mentales, y se mejoraron las descripciones y los criterios de las categorías diagnósticas. Para algunos, el DSM-IV "significó el éxito y el esplendor del modelo categorial, limitándose a perfeccionar dicho manual mejorando la descripción y caracterización de los trastornos mentales." [Sandín, 2013, 259]. El DSM-IV tiene gran utilidad práctica para la investigación y para el ejercicio clínico, así como para crear y afianzar un lenguaje común en los aspectos diagnósticos de la psiquiatría.

4.3.1. Críticas al DSM-IV

Para algunos autores, como Hyman (2010), el DSM-IV no estaba exento de problemas, algunos de los cuales surgieron en el DSM-III y se incrementaron en esta nueva edición. En primer lugar, aunque el número de diagnósticos aumentó debido a que los umbrales para diagnosticar los trastornos (número de síntomas, duración, nivel de incapacidad, etc.) se hicieron más sensibles para adaptarse a la población real y no dejar a potenciales pacientes sin tratamiento, existía según Hyman, un número significativo de individuos que quedaban fuera de la clasificación.

En segundo lugar, durante la elaboración del DSM-IV se trabajó para tratar de adecuar lo máximo posible tanto el lenguaje como los diagnósticos con otras clasificaciones, como la CIE elaborada por la OMS; procurando minimizar las diferencias. A pesar de ello, según el autor citado, todavía podían darse casos de individuos con diferente diagnóstico dependiendo de los criterios seguidos por la clasificación que fuese utilizada.

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

Otro problema añadido era que, debido a cierta rigidez en algunos diagnósticos, se extiende enormemente el uso de la categoría NOS (Not Otherwise Specified).

Esta situación da lugar a que mientras unos pacientes tienen unos diagnósticos estrechamente definidos, otros quedan estancados en una categoría residual muy poco específica, con los problemas que esto añade a la hora de poder recibir un tratamiento apropiado. En opinión de Hyman, "[...]a classification that prioritizes interrater reliability but is based on phenomenology takes on the risks that are well exemplified by the DSM-IV: a highly specified, but in the end, arbitrary list of inclusion and exclusion criteria." [Hyman, 2010, 167].

El autor destaca otra cuestión bastante problemática, que es la excesiva comorbilidad a que dan lugar los criterios diagnósticos del DSM-IV. No es extraño que puedan presentarse uno o más trastornos a raíz de un caso primario, aunque puedan tener distinta etiología o factores de riesgo, pero en el caso de los trastornos mentales esta simultaneidad es muy elevada. Hyman plantea que para estos casos se elaboren "familias o grupos" que aglutinen estos trastornos, de tal modo que el paciente sería diagnosticado de uno de estos grupos, en lugar de tener un diagnóstico de varias categorías del DSM.

Un ejemplo de esta comorbilidad se da entre los trastornos de ansiedad y depresión. En la práctica clínica, parece ser bastante habitual que la depresión y la ansiedad generalizada se den juntas, por lo que existía un diagnóstico conjunto denominado "cotimia". También en la clasificación de la OMS (CIE-10) se reconoce como trastorno el síndrome ansioso-depresivo, pero no en los DSM. Esto da lugar a que un número importante de pacientes hayan de ser diagnosticados de una combinación de ambos trastornos.

Otra crítica importante ya presente en referencia al DSM-III e incrementada con el DSM-IV es la identificación de los trastornos mentales con clases puras o naturales. En opinión de Hyman, los avances científicos y los nuevos descubrimientos en el campo de los estudios genéticos, demuestran que existe una gran complejidad genética que puede caracterizar algunos trastornos mentales, en cuyo desarrollo además jugarán un papel fundamental un número considerable de combinaciones de factores y riesgos tanto genéticos como no genéticos, como son los ambientales y sociales. La confianza en que la ciencia podría identificar de manera

unívoca las causas subyacentes de algunas enfermedades mentales se ve cuestionada, puesto que puede que nunca lleguen tales descubrimientos, o que la causa principal de algunos trastornos no sea del tipo de las que pueden descubrirse en un laboratorio.

El autor concluye que, debido a la necesidad de recurrir con tanta frecuencia a la categoría NOS, la excesiva comorbilidad, la diferencia existente entre los casos de la población real y las "clases puras", la rigidez y al mismo tiempo la arbitrariedad de los límites diagnósticos, y las diferencias entre la clasificación DSM y los resultados de algunos estudios genéticos respecto a los trastornos mentales, dejan patente en opinión de Hyman que existen errores inherentes a la clasificación DSM-IV. El autor cree que "the most useful modifications will be those that invite scientists to move beyond currently reified diagnoses in order to provide the information that will lead, ultimately, to a valid classification." [Hyman, 2010, 171].

Entre sus propuestas para el desarrollo del DSM-5, Hyman aboga por incluir escalas cuantitativas, que introducirán categorías continuas, por grados, en lugar de las cualitativas, que al ser discretas son más cerradas, e incluir la creación de familias de trastornos que compartan rasgos genéticos u otras similitudes.

Hasta aquí han quedado expuestos algunos de los problemas "internos" del DSM y de su elaboración, pero también existen otros externos al mismo. Cooper (2004) destaca que, aunque no se admita, se ejercen presiones por parte de diferentes agentes que terminan influyendo sobre las ediciones del DSM. Para la autora, es destacable especialmente la influencia derivada del funcionamiento de los seguros sobre el DSM. Según afirma, en muchos casos en Estados Unidos, los seguros solamente cubren el tratamiento psiquiátrico de aquellos pacientes que reciben un diagnóstico del DSM. Esta situación incentiva tanto a pacientes como a los psiquiatras a ejercer presión para intentar que se incluyan nuevos trastornos en el manual, para que así se reembolse el tratamiento al paciente. "The mechanism of insurance coverage create pressures for the DSM to find diagnoses for more and more patients." [Cooper, 2004, 19].

En el año 2000 se publicó una versión revisada, el DSM-IV-TR, que no introdujo grandes cambios con respecto a la versión anterior. Se mantuvo la clasificación precedente, pero se introdujeron algunas variaciones en los criterios diagnósticos.



SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

4.4. DMS-5

La última edición del DSM se publicó en 2013, y fue dirigida por David Kupfer y Darrel Regier. El DSM-5 es la versión vigente en la actualidad. Desde el primer momento se produjo cierta controversia por los miembros elegidos para los grupos de trabajo que desarrollarían el DSM, puesto que el 69% del Comité Directivo tenía algún tipo de vínculo con la industria farmacéutica³. Es la edición que más debate ha suscitado, en parte porque los procedimientos de su elaboración han estado más expuestos que nunca debido a internet: el borrador del manual fue expuesto en la red, donde podían realizarse comentarios sobre el mismo antes de su publicación.

Una de las primeras críticas oficiales se produjo poco antes de la presentación del DSM-5, realizada por Thomas Insel, director del NIMH⁴ en Estados Unidos. Insel afirmó que el NIMH se desmarcaría de aquellos proyectos que utilizaran el DSM-5, por considerarlo un simple diccionario con etiquetas y definiciones falto de validez. Añadió además que “sus diagnósticos ‘se basan en el consenso acerca de agrupaciones de síntomas clínicos, no en medidas objetivas de laboratorio.’” [Medrano, 2014, 655]. Él defendía, por el contrario, el uso de los Research Domain Criteria (RDoC), basados en la búsqueda de los mecanismos neurobiológicos que subyacen a la enfermedad, en lugar de observar los síntomas, y donde tampoco se desarrollan cuestiones relacionadas con el contexto social y ambiental.

4.4.1. El enfoque biomédico en el DSM-5

El punto de partida para la elaboración y revisión del DSM-5 fue, como en los manuales precedentes, utilizar como base la evidencia científica disponible y demostrada empíricamente. Para ello se recopiló la literatura relevante de las dos décadas anteriores y contaron con la colaboración de algunos psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería, etc., para obtener toda la información posible. El objetivo era obtener unos criterios diagnósticos claros y concisos que permitieran una evaluación objetiva, para que además de esta forma el manual pudiese ser utilizado en diversos contextos (psiquiatría, psicología, enfermería, en los tribunales, en el ámbito forense, trabajadores sociales, etc.).

3. Este dato figura en Sandín, 2013, 278. No se detalla qué clase de vínculo tenía ese porcentaje del personal encargado de elaborar el DSM con la industria farmacéutica.

4. NIMH: National Institute of Mental Health.

El DSM-5 mantiene el enfoque biomédico que comenzó a implantarse con el DSM-III y que fue afianzándose en las siguientes ediciones, especialmente en la última. Una prueba de la implantación del modelo biológico es “la identificación a lo largo y ancho del manual del trastorno mental con la enfermedad médica. [...] Este fenómeno, que no ocurre en el DSM-IV, aparece en muchos de los criterios diagnósticos y puede crear cierta ambigüedad a la hora de aplicarlos.” [Sandín, 2013, 283.]. La equiparación del trastorno mental con el resto de las enfermedades médicas obedece a la aspiración de la psiquiatría de alcanzar la fiabilidad y el estatus científico de otras ramas de la medicina.

La prevalencia del paradigma biomédico sigue muy presente en esta edición del manual, y puede observarse en la modificación de la definición de trastorno mental:



A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorder are usually associated with significant distress or disability in social, occupational, or other important activities. [APA, 2013:20, (en Cooper, 2018, 57).

En la nueva definición se mantiene la noción de “disfunción” para identificar los trastornos mentales, a pesar de que, como se ha visto más arriba, no está exento de problemas para tratar de abarcar la noción de enfermedad mental. La definición incluye como novedad que los trastornos mentales *generalmente* se asocian con daño o perjuicio para el paciente, pero no siempre, por lo que no constituirá una condición necesaria para poder ser diagnosticado de un trastorno mental.

La implantación de un modelo biomédico fundamentado etiológicamente acarrea varios problemas, porque la mayoría de los trastornos mentales no parecen consistir en entidades simples, como algunas de las enfermedades de tipo fisiológico, sino que sus causas son muchos más difíciles de determinar. Por ejemplo, “aunque la depresión tiene una gran base biológica, no existe un sistema biológico característico de la depresión, y síntomas como el insomnio o la baja motivación (característicos de la depresión) implican neurocircuitos y neuroquímica que también están presentes en otros trastornos.” [Sandín, 2013, 282]. La depresión es

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

mucho más heterogénea, e implica factores internos y externos, por lo que para describirla, identificarla y tratarla hay que ir más allá de los procesos cerebrales y examinar factores externos como la salud pública, factores de riesgo, trayectoria y experiencias vitales del individuo.

4.4.2. Eliminación del sistema multiaxial

Uno de los cambios más relevantes operados en la estructura del DSM-5 con respecto a ediciones anteriores es la eliminación del sistema multiaxial de diagnóstico. Aunque algunas de las cuestiones tratadas en cada uno de los ejes no han desaparecido, sino que la información ha pasado a distribuirse de otra manera, la desaparición del eje IV (Problemas psicosociales y ambientales) sí que ha supuesto un cambio importante. Es una prueba más del establecimiento del modelo biomédico, que centra su atención en los aspectos de índole más clínica, relegando a un plano secundario los factores sociales y ambientales externos al individuo, que son importantes para entender cómo se producen y desarrollan los trastornos mentales.

Algunos autores consideran, como Sandín (2013), que la integración de los ejes I y II está justificada, pero la eliminación de los otros tres ejes empobrece la utilidad clínica del diagnóstico, dejando de registrar información relevante para el propio diagnóstico, el tratamiento y el desarrollo del trastorno. El eje IV, por ejemplo, codificaba la posible influencia de los problemas sociales o derivados del contexto; pero a partir del DSM-5, los criterios diagnósticos no registran los problemas de tipo psicosocial y ambiental. El eje V también era de especial utilidad, porque mostraba el nivel global de funcionamiento del individuo con parámetros dimensionales en lugar de mediante categorías, una innovación que se introducirá en el DSM-5.

A pesar de que algunos de los ejes del sistema multiaxial fuesen poco utilizados por algunos profesionales, puesto que sólo solían utilizarse los dos primeros ejes, esto no implica que el resto no fuesen útiles, “el sistema multiaxial proporcionaba una aproximación psicosocial a la evaluación y diagnóstico de los trastornos mentales.” [Sandín, 2013, 283]. Por ello la eliminación del sistema multiaxial no parece justificada.

4.4.3. Introducción del modelo dimensional

El DSM-5 continúa siendo una clasificación categorial, “que implica que cada categoría diagnóstica es diferente de la salud y del resto de las categorías diagnósticas.” [Echeburúa et al., 2014, 67]. Los trastornos mentales no poseen unos límites tan concisos, ni los pacientes suelen encuadrarse dentro de una sola categoría. Por ello en esta edición comenzaron a introducirse algunos criterios dimensionales en la clasificación, aunque de manera limitada.

La clasificación basada en categorías tiene entre sus principales ventajas que es más simple y resulta más fácil de utilizar, por ello su aceptación fue muy rápida. En esta clasificación se considera que los trastornos mentales son entidades discretas, no graduales, todas ellas distintas de la salud, y todos los individuos pertenecientes a cada una de las categorías tienen similitudes y comparten los mismos síntomas. Como se ha mencionado con anterioridad, estas propiedades no se adecuaban en un gran número de casos a las circunstancias reales.

Este modo artificial de establecer los límites de los trastornos mentales daba como resultado los efectos no deseados mencionados en el apartado anterior: unos niveles muy elevados de comorbilidad, diagnósticos de trastornos no especificados (NOS), personas que quedan fuera de la clasificación, dificultad para determinar los tratamientos, etc. Para resolver estos problemas, una de las soluciones adoptadas ha sido aumentar los tipos y subtipos de trastornos, pero no siempre resulta efectiva, a veces incrementa el número de trastornos del que un paciente es diagnosticado. Durante la elaboración del DSM-5 se abordaron los problemas derivados del uso de las clasificaciones categoriales, creando un grupo de trabajo dirigido por Steven E. Hyman, quien había sido muy crítico con este tipo de clasificación en el DSM-IV y había destacado la multitud de efectos no deseados que causaba.

Por todo ello, una de las principales novedades del DSM-5 será la introducción, aunque de forma muy restringida, del modelo dimensional, lo que implica “el reconocimiento oficial del carácter continuo de los trastornos mentales.” [Sandín, 2013, 262]. Esto permite poder clasificar los síntomas en una escala continua, por grados, lo que permitiría que los límites fuesen menos rígidos y artificiales, y aporta más información acerca del paciente.

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

La implementación del modelo dimensional está muy limitada, siendo predominante todavía en el DSM-5 la clasificación categorial. La mayor complejidad del modelo dimensional y la novedad que supone, producen que en muchos casos en el campo de la investigación y de la práctica clínica se recurra al uso de categorías para facilitar la comunicación.



4.4.4. Duelo y depresión mayor

Una modificación muy relevante realizada en el DSM-5 que ha sido ampliamente comentada y que tiene una repercusión importante sobre muchos individuos está relacionada con la distinción entre las características del duelo y los síntomas de depresión.

Desde el DSM-III, la depresión se caracteriza por nueve síntomas principales: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés, disminución del apetito, alteraciones del sueño, fatiga, agitación, culpa, confusión mental y tendencias suicidas. Para que sea dictaminado el diagnóstico de un episodio de depresión tienen que darse al menos cinco de estos síntomas durante un periodo mínimo de dos semanas, sino no se diagnostica como tal. También debe producirse malestar o incapacidad clínicamente significativa, que en el caso de la depresión se produce de manera muy evidente, dado que este trastorno implica mucho sufrimiento para el paciente.

Durante una parte del proceso de duelo normal, las personas experimentan fenómenos muy similares a los síntomas que definen el trastorno depresivo mayor: “tristeza, pérdida de interés, falta de sueño y apetito, disminución de la energía y dificultades para trabajar son la imagen clásica y fácilmente reconocible de la pena profunda.” [Frances, 2019, 223].



La gran diferencia entre ambos procesos es que el duelo sería algo “normal” e inevitable ante la pérdida de un ser querido. El sufrimiento que implica sería una fase necesaria, que se irá atenuando con el paso del tiempo, para poder llegar a aceptar de un modo sano el fallecimiento de alguien querido. El trastorno depresivo mayor, por el contrario, es una patología que puede tener una causa similar a la del duelo, pero también puede deberse a algo totalmente diferente e incluso no tener una causa fácilmente identificable que justifique los síntomas. En este proceso, el individuo por sí solo difícilmente alcanzará una recuperación con el paso del tiempo sin ayuda de los profesionales de la salud mental,

tanto psiquiatras como psicólogos, que tratarán de encontrar el mejor tratamiento para ayudar al paciente, sea mediante fármacos, psicoterapia o ambos. Algunas personas no se recuperan nunca.

Debido a las similitudes que se observan en apariencia, pero a las profundas diferencias que existen en el fondo de estos dos procesos, en los manuales DSM-III y DSM-IV existía un criterio denominado *exclusión por duelo*. En base a este criterio, el diagnóstico de trastorno de episodio depresivo mayor no se aplicaba a aquellos que padecían los síntomas depresivos durante los dos meses siguientes a la pérdida de un ser querido. El duelo, no obstante, puede ser causante de un trastorno depresivo mayor con el paso del tiempo, por lo que pasado el periodo indicado podía llegar a ser aplicable el diagnóstico de depresión.

En el DSM-5 se ha eliminado la exclusión por duelo para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Las principales razones que se establecen según la APA (2013) para eliminar esta exclusión son:

- a. El duelo no suele durar dos meses, sino entre uno y dos años;
- b. El duelo es un estresor grave que puede desencadenar el episodio depresivo mayor en personas vulnerables, el cual suele asociarse a mayor sufrimiento, ideación suicida y otros problemas graves;
- c. Los síntomas depresivos asociados al duelo responden al tratamiento de forma similar a los síntomas depresivos desencadenados por otros estresores.

Ante las críticas y suspicacias que provocó la supresión del criterio de exclusión, la APA indicó que debido a las similitudes entre ambos, durante el duelo pueden darse síntomas de depresión, que aunque

“[...]pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de [en] la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.” [en Medrano, 2014, 657].

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

Esta modificación ha suscitado múltiples críticas, que plantean el peligro de que la eliminación de la exclusión por duelo desemboque en que un proceso psicológico normal, que se da en la mayoría de individuos cuando pierden a un ser querido, se convierta en un problema patológico, en un trastorno como es la depresión, en algo que hay que tratar y eliminar a través de la medicina. El sufrimiento que se produce durante el duelo no debería ser considerado un síntoma, sino un sentimiento o proceso normal, coherente y necesario ante la pérdida de alguien querido, no el primer paso de una enfermedad.

Los críticos destacan también los potenciales riesgos que supone la supresión de la exclusión por duelo para aquellos que reciben un diagnóstico errado. Si se confunden los signos del duelo con los síntomas depresivos, y por tanto se diagnostica erróneamente un trastorno depresivo mayor a alguien que simplemente está afrontando un proceso de duelo normal, es muy posible que se le recete un tratamiento que resulta innecesario y potencialmente peligroso.

Los fármacos utilizados para tratar la depresión mayor resultan muy útiles para los pacientes que son correctamente diagnosticados, pero producen efectos secundarios. En aquellas personas que están atravesando un periodo de duelo, y son erróneamente diagnosticadas de trastorno depresivo mayor, sufrirán los efectos secundarios de los antidepresivos de manera innecesaria, porque aunque estos fármacos también mejoren su estado de ánimo y aminoren su tristeza, esto mismo habría ocurrido con el paso del tiempo de forma natural, sin tener que recurrir a medicación.

Par afrontar el duelo, cada cultura ha ido estableciendo a lo largo de su historia una serie de rituales y tradiciones que ayudan a ir avanzando en las fases del proceso para poder ir asumiendo la pérdida con el paso del tiempo.

5. CRÍTICAS Y OBJECIONES A LA PSIQUIATRÍA Y SU PRÁCTICA



El caso mencionado en el apartado anterior acerca de cómo establecer los límites entre una tristeza “normal”, signo de una pérdida y una etapa de duelo, y una patología; y la inclusión de algunas de estas conductas consideradas hasta hace poco como parte de las experiencias de la vida, dentro de la lista de síntomas de trastornos mentales o como trastornos propiamente dichos, pone de manifiesto una de las principales críticas a las que está sometida la psiquiatría actual: *la medicalización de la vida diaria*.

5.1. Medicalización de la vida diaria

La medicalización se produce cuando procesos o situaciones de la vida que hasta el momento se han considerado normales, como parte de las experiencias humanas, empiezan a considerarse problemas de salud, y como tales, se buscará la solución en el campo de la medicina a cuestiones vitales que hasta el momento eran absolutamente normales. La psiquiatría ha sido especialmente propensa a este fenómeno, especialmente desde el cambio de paradigma en el DSM-III hacia un enfoque biomédico.

” [...] muchas de las consultas de los psicólogos clínicos hoy no se relacionan con trastornos mentales, sino con situaciones de infelicidad y malestar emocional. Se trata de personas que se sienten sobrepasadas en sus estrategias de afrontamiento para hacer frente a las dificultades cotidianas y que, muy frecuentemente, carecen de una red de apoyo familiar y social sólida.” [Echeburúa et al., 2014, 66].

En el mismo artículo se explica que en las clasificaciones psiquiátricas se denomina a este tipo de problemas adaptativos “códigos Z”, y muestran cómo se ha producido una “psicopatologización” de la vida cotidiana. La naturaleza esquiva de los trastornos mentales desdibuja los límites entre lo patológico y lo normal, por lo que el recurso al tratamiento médico de estados de tristeza, miedo, ansiedad, etc., que pueden considerarse normales, pero también constituir síntomas de auténticos trastornos mentales, ha aumentado enormemente en los últimos años.

El número de trastornos mentales se ha multiplicado por dos en los últimos 60 años. Este incremento de las categorías en las clasificaciones y del número de personas diagnosticadas con algún tipo de trastorno mental, es lo que Frances denomina “inflación diagnóstica.” Una parte de este aumento en el número de nuevos pacientes puede explicarse porque en la actualidad se detectan casos de trastornos mentales que antes no habrían sido diagnosticados, por lo que este incremento supone un enorme beneficio para estas personas, que hace tiempo no hubiesen recibido un tratamiento. Pero parecería que estos casos no serían suficientes como para explicar el enorme aumento de diagnósticos.

Como ejemplo de esta inflación diagnóstica, Frances (2019) presenta, entre otros casos, el del trastorno de depresión mayor. La definición de trastorno depresivo mayor es una de las más estables del DSM desde

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

fue incluida en 1980, puesto que a penas ha cambiado en sucesivas ediciones. Pero para el autor está aquejada de un gran problema: las depresiones graves y las leves se caracterizan por los mismos síntomas, por lo que en la redacción del manual tratan de abarcarse ambos casos. Estos criterios diagnósticos han resultado muy útiles en los casos graves, pero en los leves ha contribuido a un proceso de patologización paulatino del sentimiento de tristeza. “No hay forma de delimitar una línea divisoria clara entre las formas más leves de depresión clínica y las formas más graves de tristeza normal y corriente.” [Frances, 2019, 187].

La depresión es un trastorno diagnosticado a un gran número de personas, algunas de las cuales lo padecen realmente y sufren sus consecuencias, soportando con ello un gran sufrimiento y suponiendo incluso un riesgo para su supervivencia. Otras personas que también son diagnosticadas de depresión pueden formar parte de esos casos en los que se está “medicalizando” la tristeza, y se está convirtiendo en patológico algo normal. En ambos casos se recibirá tratamiento, que puede consistir en fármacos antidepresivos para aminorar los síntomas. El uso de antidepresivos en las depresiones graves está totalmente justificado, porque sí que suele producirse un desequilibrio químico en el cerebro al que la química puede ayudar a poner solución (aunque generalmente es recomendable también la psicoterapia). En la mayoría de las depresiones leves no ocurre así, y si al tomar los antidepresivos se produce una mejoría tiende a deberse al “efecto placebo”. De modo que habría un número importante de pacientes diagnosticados de depresión mayor leve, siendo tratados con unos fármacos que no necesitan para eliminar unos síntomas que en realidad no son patológicos, sino parte de la existencia humana, y para los que resultaría más útil simplemente la psicoterapia.

El principal problema de esta patologización de conductas normales ante las circunstancias de la vida cotidiana, especialmente cuando se utiliza medicación, es que se están anulando o mitigando de manera artificial emociones y sentimientos que no sólo son normales, sino que pueden incluso ser adaptativos. Al igual que el dolor físico, el dolor emocional puede suponer un aviso o indicador de que hay algo que no está bien. “Ningún comportamiento, sentimiento o actividad mental puede calificarse de patológico sin examinar su posible utilidad adaptativa y estratégica y las condiciones contextuales en las que aparece.” [Echeburúa, 2014, 71].

Como se ha mencionado más arriba, el sentimiento de tristeza que se da durante algunos periodos del duelo tiene como función la aceptación de la pérdida, siendo la tristeza una fase necesaria de esta aceptación. Este tipo de sentimientos y emociones también pueden ser el resultado de una crisis existencial o de un problema circunstancial (por ejemplo laboral o personal) que es lo que causa este malestar. Si se seda o se suprime esa tristeza, ansiedad, miedo, etc., de manera artificial, podría ocurrir que aquello que lo ha causado no se afrontara o se resolviera, sino que quedaría anquilosado, y podría provocar que siguiera siendo necesaria la medicación para mitigar el malestar que causa, haciendo su solución mucho más difícil.

La medicalización de la vida y el convertir en patológicas las reacciones normales ante las dificultades de la existencia, parecen haber trivializado el diagnóstico psiquiátrico, cuando realmente hay muchas personas que padecen trastornos mentales, graves o leves, que necesitan ayuda porque su situación no mejorará con el paso del tiempo sin la intervención de profesionales de la salud mental. No deberían equipararse una conducta normal que ha sido patologizada con un verdadero trastorno mental, ni englobarse en las mismas categorías, porque se trata de cosas distintas que han de ser afrontadas desde perspectivas diferentes.

El hecho de que cada vez haya más personas con un diagnóstico de trastorno mental ha dado lugar a un efecto positivo: se ha reducido el estigma que solía acarrear el ser diagnosticado de algún problema de salud mental. Pero esta mayor comprensión y conocimiento de las patologías psiquiátricas que disminuyen la estigmatización no deben ser la consecuencia de una banalización de los trastornos mentales.



5.2. El problema del umbral

La cuestión acerca de dónde trazar el límite entre la salud y la enfermedad es uno de los problemas más complejos de la práctica médica, problema que se agrava enormemente cuando la línea ha de trazarse entre la salud y la enfermedad mental.

La psiquiatría operó durante mucho tiempo en instituciones u hospitales de salud mental, donde algunos de los pacientes padecían graves daños cerebrales, o enfermedades muy evidentes e incapacitantes. Esto no implica que todos los internos realmente padeciesen un trastorno mental (entre los internos había indigentes, personas sin recursos, criminales, personas con

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

discapacidad intelectual, etc.), pero la población sobre la que actuaban los profesionales de la psiquiatría era muy pequeña.

Al tratar de adaptarse a la población real, fuera de estas instituciones mentales, hubieron de modificar los límites de lo que hasta el momento se había considerado como enfermedad mental, puesto que si no la mayoría de las personas con algún tipo de trastorno mental que necesitasen ayuda profesional quedarían fuera de la clasificación. Fuera de las instituciones mentales los trastornos resultaban menos evidentes, o no tenían como causa subyacente un daño orgánico en el cerebro, pero podían dar lugar a la misma incapacidad para la vida cotidiana y acarrear grandes sufrimientos para los afectados y las personas que se encargaban de su cuidado.

Al rebajarse el umbral para algunas enfermedades (por ejemplo en la cantidad y duración de los síntomas, la gravedad de éstos, etc.), surgieron muchos nuevos pacientes que hasta entonces no habían sido diagnosticados de esos trastornos, y pudieron recibir tratamiento. Esta tendencia a rebajar el umbral de los trastornos ha ido incrementándose con el paso del tiempo en los manuales de psiquiatría, dando lugar a los denominados “falsos positivos”, personas que son diagnosticadas de algún trastorno mental, porque su estado encaja con los criterios disponibles, pero que no están realmente enfermos.

Cuanto más se baje el umbral, en teoría menos personas enfermas se quedan sin diagnosticar, pero lo cierto es que suelen diagnosticarse los casos más leves, mientras que muchos de los más graves siguen sin tratarse. Según algunos datos, un tercio de las personas que padecen un trastorno depresivo mayor grave e incapacitante no reciben tratamiento alguno⁶. Si se suben los umbrales para reducir los falsos positivos como consecuencia de criterios demasiado sensibles, es posible que algunas personas, a pesar de lo leve de su trastorno, necesiten ayuda y no lleguen a recibirla.

La cuestión acerca de dónde establecer el umbral entre la salud mental y las conductas y emociones patológicas es muy difícil de resolver y de calibrar, habiendo de evaluar cuál es el mal menor: personas sanas con falsos positivos o personas enfermas que no reciben ayuda y

tratamiento. Como demuestra la historia de la psiquiatría, parece haberse optado por la segunda opción, aunque a pesar de pagarse el precio de los falsos positivos sigue habiendo personas que requieren una ayuda que no reciben.

5.3. Intereses ajenos a la salud mental

La inflación diagnóstica implica que con el aumento del número de trastornos diagnosticados se produce un aumento de los tratamientos, muchos de los cuales son farmacológicos. Esto ha dado lugar a un uso excesivo de fármacos no sólo en pacientes psiquiátricos, sino en la medicina a nivel general. No es infrecuente que se receten pastillas, por ejemplo, a alguien que podría mejorar enormemente su salud simplemente modificando sus hábitos, haciendo dieta y ejercicio, pero a veces en lugar de eso, se recetan fármacos, por resultar en apariencia una solución más fácil, rápida y cómoda.

Con la medicalización de más conductas antes consideradas normales y el aumento de categorías diagnósticas, y por lo tanto de nuevos pacientes, ocurre algo similar: algunos trastornos que podrían mejorar recurriendo únicamente a la psicoterapia, o simplemente con el transcurso del tiempo, son tratados con medicación, por suponer aparentemente una solución más rápida, fácil y barata.

La principal favorecida de este aumento del consumo de fármacos es la industria farmacéutica, por lo que ha sido señalada como una de las principales culpables del exceso de diagnóstico y medicación, bien por aprovecharse de las lagunas de las clasificaciones y de la legislación, bien por ser acusada directamente de ejercer presiones o tratar de comprar a aquellos que toman las decisiones sobre la inclusión de nuevos diagnósticos en los manuales de psiquiatría.

La medicalización de cada vez más aspectos de la vida diaria y la inflación diagnóstica resultan muy rentables para la industria farmacéutica, porque con cada nuevo trastorno surge una oportunidad de introducir un nuevo fármaco en el mercado. “De hecho, hay una tendencia errónea por asignar a todos los problemas un nombre clínico, unos síntomas y un tratamiento: es una tendencia que se ve acentuada por el marketing de la industria farmacéutica dirigido a médicos y pacientes.” [Echeburúa et al., 2014, 66]. Las farmacéuticas disponen de grandes recursos para la promoción de estos fármacos entre los médicos a través de los visitantes médicos, de congresos y conferencias; o entre los potenciales pacientes a través de la publicidad de

6. En Frances, 2019, 190.

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

estos fármacos por diversos medios, haciendo que aumenten mucho las ventas y proporcionando grandes ingresos a la industria. El alcance de la publicidad y su regulación depende de la legislación de los diferentes países.

El principal problema es que la industria farmacéutica se ha visto fuertemente cuestionada por algunas de sus prácticas, y por anteponer de manera muy frecuente sus beneficios económicos a la salud de sus clientes. Ben Goldacre (2013) denuncia algunas de estas prácticas cuestionables y los grandes perjuicios que acarrearán para los pacientes. Su principal crítica es la sistemática ocultación de datos relevantes sobre los fármacos que impiden que pacientes y médicos puedan tener toda la información posible para poder tomar la mejor decisión.

Algunas de las irregularidades denunciadas tienen que ver con los ensayos clínicos para probar la eficacia de los nuevos fármacos y comprobar los efectos secundarios adversos que puede conllevar su consumo. Los ensayos clínicos son realizados en ocasiones por los mismos que fabrican los fármacos y que aspiran a que salgan a la venta, por lo que tienen a minimizarse los efectos adversos y/o a exagerarse los beneficios. También es frecuente que los ensayos que han arrojado resultados negativos no lleguen a publicarse, por lo que son totalmente desconocidos en el ámbito médico, cuando el tener disponible esa información ayudaría a poder recetar un fármaco con mayores garantías. Para favorecer que los resultados de los ensayos sean favorables, se ha recurrido a probar los fármacos con pacientes ideales, que arrojarán resultados mayoritariamente positivos; o se han hecho ensayos con una duración demasiado breve como para poder comprobar los efectos secundarios a medio y largo plazo.

En ocasiones, estas lagunas en la regulación del uso de fármacos han traído terribles consecuencias para aquellos a los que se les administraba la medicación. Goldacre (2013) pone como ejemplo el conocido caso de la paroxetina. La paroxetina es un fármaco antidepresivo, utilizado principalmente para tratar el trastorno depresivo mayor y algunos tipos de trastornos de ansiedad.

Existía la práctica generalizada, conocida por la compañía farmacéutica (GSK) que puso este fármaco a la venta, de administrárselo a niños en dosis menores para tratar los síntomas de la depresión.



Entre 1994 y 2002 se realizaron varios ensayos clínicos para probar la eficacia del tratamiento en su uso pediátrico, cuyos resultados mostraban que la paroxetina no era eficaz en el tratamiento de los síntomas depresivos en niños. A pesar de estos resultados, la compañía no dio a conocer esta información más allá de notificaciones internas, dado que el medicamento estaba indicado únicamente para adultos y no estaba obligada a dar información sobre otros posibles usos que se le dieran, aunque el uso pediátrico estuviese muy extendido.

El gran problema era que existían sospechas de que la paroxetina aumentaba el riesgo de suicidio, un efecto secundario muy peligroso pero extremadamente difícil de medir, dado que las tendencias suicidas constituyen uno de los síntomas de la depresión mayor. Cuando efectivamente se comprobó que existía un aumento de comportamientos suicidas, especialmente entre adolescentes, se recomendó a los médicos no recetarlos a menores de 18 años. Entonces salió a la luz que la compañía farmacéutica sabía por sus propios ensayos clínicos que el uso del medicamento no era eficaz durante la infancia y los peligros de su uso, por lo que no sólo no mejoraba los síntomas depresivos de los niños sino que, entre sus efectos secundarios, aumentaba el riesgo de suicidio. La compañía se enfrentó a un proceso judicial, y hubo de pagar una multa millonaria.

A pesar de que las irregularidades y malas prácticas que han sido descubiertas en la industria farmacéutica han sido juzgadas y sancionadas con multas que consisten en grandes sumas de dinero, resultan un porcentaje ínfimo de las ganancias que llegan a facturar algunas compañías farmacéuticas.

En ocasiones ha sido denunciado que también existe una mala praxis por parte de algunos médicos y profesionales de la salud mental, que anteponen sus propios intereses y la ganancia personal a través de diversos beneficios que puedan proporcionarles los laboratorios y las compañías farmacéuticas, en detrimento de la salud, el interés y el bienestar de sus pacientes. Sería ingenuo creer que todo el que trabaja en el ámbito sanitario se rige siempre por su código deontológico, pero considero que los casos que no actúan de forma ética de manera consciente suponen una excepción, y no es la causa de la medicalización de la vida diaria ni del consumo excesivo de fármacos. En todo caso, al descubrirse y demostrarse que ha habido mala praxis, deben tomarse las medidas oportunas para sancionar a quien lo ha hecho y garantizar que no pueda volver a hacerlo.

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

Los seguros médicos también han sido acusados de influir indirectamente sobre la elaboración de las categorías de los trastornos mentales. "The fact that the third-party payers only reimburse treatment for patients with a DSM diagnosis provides an incentive for psychiatrists and patients to lobby for new disorders to be included in the DSM." [Cooper, 2004, 18]. En Estados Unidos, además, los psiquiatras solo reciben remuneración si proporcionan un diagnóstico, por lo que existe una verdadera urgencia por diagnosticar siempre que se pueda en la primera sesión, para lo que es útil que exista una gran variedad de trastornos mentales potencialmente diagnosticables.

Aunque por diversos motivos, en estos dos casos se produce una intrusión en el campo de la psiquiatría por razones que poco o nada tienen que ver con la salud mental. El caso de los seguros médicos, al establecer un límite tan reducido para cubrir un tratamiento, se incrementa la inflación diagnóstica, debido a la presión ejercida por los pacientes y profesionales para que los seguros paguen los tratamientos. En el segundo, al establecerse el requisito del diagnóstico, se promueve un diagnóstico rápido y menos fiable, con un tratamiento poco reflexionado, para que el profesional pueda ver remunerado su trabajo. El mal uso de la psiquiatría, de sus cuestiones sin resolver o de las lagunas que pueda haber en sus procedimientos, muchas veces se deben a razones económicas.

6. DEFENSA DE LA PSIQUIATRÍA

La Psiquiatría ha sido objeto de numerosas críticas a lo largo de su breve historia, y sigue recibiendo muchas en la actualidad. Estas críticas provienen de sectores muy diversos: algunas provienen del mundo académico, como son las de los profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, etc.) o de profesionales de otros campos de la medicina, así como aquellas que se producen desde la filosofía de la ciencia; y otras provienen de algunos sectores de la sociedad (pacientes, familiares, asociaciones, etc.). Se proponen muchas menos soluciones que críticas, y todavía menos que puedan ser realistas o simplemente viables.

Algunos de los problemas de los que está aquejada la psiquiatría son propios de este campo del conocimiento, y puede que parte de ellos sean irresolubles, habiendo de convivir con ellos y minimizando sus consecuencias negativas, puesto que ha de seguir cumpliendo con su labor práctica. Algunas de las dificultades que enfrenta la psiquiatría se deben, en primer lugar, a que al tratarse de una rama de la medicina, heredará algunas de

sus cuestiones sin resolver, como los problemas para determinar el límite entre la salud y la enfermedad, que se harán aún más profundos en psiquiatría. En segundo lugar, por la gran complejidad de su objeto de estudio, la salud mental del ser humano, los trastornos mentales que pueden afectarle y cómo, y la solución a estas dolencias.

Otros problemas afectan directamente a la psiquiatría y su ejercicio, pero no le son propios ni son provocados por ella (o no sólo por ella), por lo que su resolución no está en manos de la psiquiatría. En el próximo apartado se abordan este tipo de problemas.

6.1. ¿Quién es responsable de evitar el mal uso de los fármacos?



Con respecto al abuso, y especialmente el mal uso, que se hace de los fármacos, se ha señalado como uno de los principales responsables a la industria farmacéutica, dado que sin duda es la más interesada en que aumente el consumo de medicación puesto que le reportará grandes beneficios económicos. La implicación, influencia y responsabilidad de las compañías farmacéuticas sobre el mercado farmacológico es innegable.

Al examinar esta cuestión objetivamente, se evidencia que las compañías farmacéuticas son empresas privadas que buscan la rentabilidad de su negocio, y buscan generar todos los beneficios posibles. Como cualquier otro negocio, la industria del medicamento ha de operar dentro de la legalidad, pero no está obligada a actuar de forma ética si la legislación no lo impone. A pesar de las cuestiones éticas que esto pone sobre la mesa, el hecho es que las compañías farmacéuticas no tienen que actuar moralmente si la ley no lo ha regulado así. Esta circunstancia desplaza el foco de atención de las compañías farmacéuticas a la legislación imperante en cada país, y a los organismos reguladores cuya función es precisamente mediar entre la industria y los futuros consumidores, como garantes de la seguridad de los pacientes.

Los organismos reguladores son los encargados de establecer los procesos de pruebas en los fármacos para evaluar su eficacia, su seguridad y sus posibles efectos adversos, y de verificar que los nuevos medicamentos que salen al mercado cumplen unos criterios rígidos establecidos y han pasado por todas las fases necesarias para poder ser administrados a los pacientes que los necesitan. A pesar de ello, "los organismos reguladores de medicamentos no exigen que un nuevo fármaco sea realmente bueno, ni que represente una mejora respecto

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

a otros anteriores; ni siquiera exigen que los fármacos sean particularmente eficaces.” [Goldacre, 2013, 139]. La industria, siguiendo la lógica de ampliar beneficios, aprovechará los laxos criterios que existen para introducir nuevos fármacos que pueden no resultar eficaces, promoviendo su consumo gracias a los grandes recursos publicitarios de que dispone.

Si los encargados de proteger al paciente y evitar las malas prácticas de la industria no lo hacen, y tampoco se dispone de toda la información relevante, médicos y pacientes estarán indefensos a la hora de elegir un tratamiento, por lo que sólo podrán recurrir al ensayo-error e ir probando cuál resulta más beneficioso, o menos nocivo para el paciente en cuestión.

Por otro lado, los límites al poder de las compañías farmacéuticas y cuáles son sus obligaciones vienen determinadas por la legislación, que varía dependiendo del país. En algunos sitios, como Estados Unidos, está permitido, por ejemplo, hacer una publicidad directa de multitud de fármacos a los usuarios, mientras que en otros países esta publicidad directa no está permitida, y los anuncios de fármacos están mucho más restringidos.

La legislación en ocasiones ha tenido importantes lagunas a las que la industria del medicamento ha podido acogerse, causando grandes perjuicios a los pacientes, en ocasiones incluso provocando daños irreparables. Este habría sido el caso de la paroxetina y el aumento del riesgo de suicidios en su uso pediátrico. “La empresa no tenía la obligación legal de facilitar la información porque el fármaco se recetaba a niños al margen de las indicaciones oficialmente autorizadas para la paroxetina” [Goldacre, 2013, 69.], a pesar de que este uso pediátrico fuera de sobra conocido y no estuviese contraindicado. Sin duda tratándose de un riesgo tan grave en pacientes tan jóvenes, puede considerarse que existía el imperativo moral de avisar de las posibles consecuencias de su uso, pero no existía la obligación legal, una laguna de la que la compañía hizo uso para seguir comercializando el fármaco en el ámbito pediátrico, hasta que la poca eficacia y los nocivos efectos secundarios fueron conocidos, desaconsejándose entonces su uso en niños.

La industria farmacéutica hará uso de todos los recursos de que dispone para aumentar sus beneficios, y si los organismos reguladores no cumplen con la función de proteger a los pacientes, o la legislación deja lagunas legales a pesar de las consecuencias que puedan tener, serán aprovechadas llegado el caso, y no habrá sido ni

evitado ni prohibido por los agentes a los que corresponden estas labores.



A pesar de que el poder y la influencia de las compañías farmacéuticas es muy grande, y de su evidente interés por vender fármacos, “[...]es dudoso que la industria sea la responsable de la creación de categorías; más bien hay que atribuirle el papel de divulgadora de ciertos conceptos clínicos y diagnósticos.” [Medrano, 2014, 659]. Las farmacéuticas pueden hacer publicidad de las nuevas categorías que se van añadiendo a los manuales de psiquiatría, y ofrecer sus tratamientos, pero no son ellas las que elaboran los manuales y deciden qué son trastornos mentales y qué no.

El modo de proceder de los seguros médicos tiene también, como se menciona en el apartado anterior, una repercusión directa sobre la práctica psiquiátrica. Los criterios que se estipulan para cubrir un tratamiento o no, provocan que las personas que quieren o necesitan la ayuda de un profesional tengan que adaptarse a esos criterios, por ejemplo, tratando de presionar sobre el DSM para que se incluyan nuevas categorías diagnósticas si para el seguro médico es un requisito ineludible para financiar un tratamiento el que el trastorno sea reconocido en este manual.

Los seguros médicos, al igual que las compañías farmacéuticas, han de buscar su propia rentabilidad, reduciendo sus gastos, por ello no es infrecuente que los tratamientos tiendan a consistir en psicofármacos en lugar de en terapia, puesto que su coste es más elevado, y su duración es difícil de precisar. Esto sin duda contribuye al aumento del consumo de fármacos. Pero este caso no es exclusivo de los seguros médicos privados, tampoco es infrecuente que, por diversos motivos, se dé este proceder en los sistemas de sanidad pública.

Los pacientes que acuden a la consulta y pueden estar padeciendo algún trastorno mental, son atendidos en atención primaria por un profesional que dispone de muy pocos minutos para poder evaluar en su totalidad la situación del paciente. El paciente puede ser derivado a profesionales de psiquiatría o psicología, pero debido al reducido número de estos profesionales en el ámbito público, si el trastorno no es excesivamente grave, habrá de entrar en una lista de espera para poder ser atendido. A pesar de poder estar padeciendo un trastorno que le acarree un gran sufrimiento o importantes incapacidades, el paciente tendrá que esperar un tiempo indeterminado para recibir la ayuda del profesional apropiado si no puede permitirse sufragar un tratamiento

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

privado. No es extraño que en estos casos, los médicos de atención primaria receten al paciente algún fármaco para reducir los síntomas que padece y tratar mejorar su situación. Este tipo de circunstancias contribuyen al aumento del consumo de psicofármacos, que en algunos casos sí que ayudará al paciente, pero en otros puede no ser eficaz, e incluso resultar nocivo si el diagnóstico no es el correcto.

El manual DSM, desde su primera edición hasta la actualidad, ha sido objeto de numerosas modificaciones, tanto en los trastorno y categorías que contiene, donde algunas han permanecido prácticamente invariables, pero otras han sido modificadas, suprimidas o incorporadas; hasta cambios en el propio enfoque sobre el que se construyen los conceptos psiquiátricos y su práctica misma. Los cambios realizados en aras de lograr un mejor diagnóstico han servido para que muchas personas hayan podido ser diagnosticadas y tratadas a tiempo, pudiendo recuperar la salud o mejorar mucho su calidad de vida. Estos cambios a veces han tenido también consecuencias más negativas, como la “inflación” diagnóstica y el enorme incremento en el consumo de fármacos.

Con los años, el manual ha ganado lectores no sólo en el entorno sanitario y de la salud mental, sino que se ha adoptado como criterio en la investigación, o se usa como referencia en el ámbito del trabajo social, de la justicia o de la educación. Las ventas del DSM proporcionan beneficios millonarios para la APA, para la que la elaboración del manual supone a su vez una importante inversión. Las ventas del DSM se han ido extendiendo a un mercado mucho más amplio que el de los primeros manuales, llegando a un público que ya no está formado únicamente por los profesionales de la psiquiatría y la psicología. Tanto es así, que en el DSM-5 se incluye una advertencia sobre el uso de este manual: “no se recomienda que las personas sin formación clínica, médica y, en general, sin la formación adecuada, utilicen el DSM-5 para valorar la presencia de un trastorno mental.” [Medrano, 2014, 661].

El DSM ha adquirido demasiada influencia para lo que corresponde a un texto que simplemente nombra y describe los trastornos mentales. Este manual debería ser un apoyo para el profesional, un texto de consulta, no el requisito para recibir ayuda psiquiátrica si alguien la necesita. Los diagnósticos deben realizarlos los profesionales de la salud mental, no el DSM.

Los temas abordados en este apartado contribuyen de manera determinante al aumento del consumo de

fármacos, que muchas veces son innecesarios. Esto no acontece de manera inevitable por la naturaleza de la práctica de la psiquiatría, sino que influyen una serie de intereses ajenos a ella, especialmente económicos, y de dejación de funciones por quienes deberían evitar las malas prácticas en el entorno de la salud mental. Estos errores o malos usos terminan afectando directamente a la práctica de la psiquiatría, mientras que las soluciones no están en su mano, como, por ejemplo; una labor más exhaustiva de los organismos reguladores del medicamento, una legislación que permita las menores lagunas posibles, una dotación suficiente de personal de salud mental para no hacer uso de la medicación si no es imprescindible, etc.

Algunos de estos factores que dan lugar a un incremento en el uso de medicación, influyen también en la expansión de la medicalización de la vida diaria, que a su vez fomenta el consumo de fármacos.

6.2. ¿Por qué se está produciendo una “medicalización” de las dificultades de la vida cotidiana?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aporta la siguiente definición de salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” Esta definición de salud constituye básicamente una idealización, un estándar difícilmente alcanzable, al menos a largo plazo. Partiendo de esta definición, se podría inferir que la gran mayoría de los seres humanos no están sanos. Simplemente envejecer, un proceso absolutamente natural, con las consecuencias tanto físicas como mentales que se producen debido al envejecimiento con el paso de los años, implicaría una falta de salud. Del mismo modo, un mal momento debido a las circunstancias propias de la vida, como puede ser estar atravesando un periodo de duelo, por el cual no se goza de “un estado de completo bienestar”, también puede ser considerado, conforme a esta definición, como carencia de salud. Llevado a un extremo, prácticamente cualquier malestar se podría entender como enfermedad o como algo susceptible de intervención sanitaria conforme a esta definición.



La definición de salud de la OMS encaja con la tendencia a medicalizar la vida cotidiana en cuanto surge algo que pueda alterar ese perfecto bienestar, aunque sea una circunstancia normal o proceso natural, se entenderá como un trastorno mental, se le asignará un nombre y se buscará tratamiento en la medicina.

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

Las causas de por qué se ha ido produciendo esta patologización de algunas emociones, sentimientos o situaciones desagradables o que conllevan sufrimiento, pero que son absolutamente normales, no son fáciles de determinar. En Echeburúa et al. (2014) se plantea que existe una mayor intolerancia hacia el sufrimiento, causando una insatisfacción personal que da lugar a “una patología del sufrimiento o de la infelicidad”. Es posible que en la actualidad existan mayores exigencias respecto a la calidad de vida. En a penas dos generaciones la vida cotidiana ha cambiado de manera drástica, haciendo que en la actualidad haya más seguridad y haya que afrontar menos adversidades en relación con la supervivencia, lo que quizá haya provocado que nos cueste mucho más lidiar con la incertidumbre o el sufrimiento cuanto acontecen, porque no son algo tan cotidiano como en el pasado. También se ha considerado la opción opuesta, es decir, que las sociedades actuales son extremadamente estresantes y aceleradas, haciendo que nos sea mucho más difícil gestionar las emociones y afrontar de manera pausada las circunstancias vitales corrientes, recurriendo a la medicina para hacer frente a estas situaciones.

La medicalización de los problemas existenciales puede ser uno de los efectos de “[...]una sociedad individualista, con una carencia creciente de redes de apoyo familiar y social, que favorece la soledad y la incomunicación.” [Echeburúa et al. 2014, 66]. El aislamiento y la reducción de los círculos de apoyo pueden causar que ante situaciones vitales de sufrimiento se recurra a los profesionales de la salud mental para poder superarlos, o ante la preocupación de no poder lograrlo sin ayuda profesional. La búsqueda de ayuda cuando se necesita no tiene en principio nada reprochable, al contrario, pero el problema viene cuando parece hacerse necesaria medicación para afrontar una dificultad cotidiana frente a la que se está produciendo una reacción normal (por ejemplo tristeza ante una pérdida).

El remedio en muchas de estas situaciones es la medicación, sin duda promovida por las compañías farmacéuticas, pero también aceptada por la mayoría de los pacientes, que en ocasiones tampoco contemplan alternativas. Es cierto que el coste de los fármacos es mucho menos elevado que la psicoterapia, que además puede ser necesaria a lo largo de meses o años, y por eso tanto seguros privados como los sistemas de sanidad pública tiendan a recurrir a la medicación. En otros casos puede ser la única alternativa, bien por una evaluación insuficiente por personas que no están lo suficientemente cualificadas, y que lo único que pueden

hacer para mejorar la situación sea recetar un fármaco, o bien porque el paciente no pueda financiar la terapia por sus propios medios y/o el seguro no la cubra o haya de esperar demasiado para poder acceder a ella.

Por otro lado, acudir a psicoterapia de manera continuada también supone un gran esfuerzo personal para el paciente, que habrá de afrontar de manera directa sus problemas y cuya mejora puede ser lenta. El medicamento, sin embargo, parece ser una solución rápida a corto plazo, puesto que en algunos casos la mejoría es instantánea. El recurso de optar por el camino fácil y la recompensa inmediata, de poder acabar con el malestar o el sufrimiento sin esfuerzo alguno, resulta muy tentador, pero a largo plazo puede ser tremendamente perjudicial, al suprimir artificialmente reacciones normales, pudiendo llegar a crear una dependencia farmacológica.

La medicalización no habría podido llevarse a cabo si no hubiese cierta disposición por parte de los nuevos pacientes a patologizar las dificultades de la vida cotidiana. “No habría esa tendencia cultural a hablar de ‘síndromes’ para describir malestares si no existiera una disposición a identificar como algo ajeno a la salud cualquier desviación de una plácida seguridad y de una ilusoria felicidad.” [Medrano, 2014, 660]. Al considerar que la insatisfacción vital, la tristeza, el miedo o la ansiedad son algo patológico se elimina la responsabilidad sobre ellos, y pasan a ser una desgracia inevitable que sólo la medicina puede paliar. La medicalización de la vida también obedece a intereses de la población, “que ha aprendido que es preferible ser ‘enfermo’ que infeliz, y que serlo puede tener ciertas ventajas.” [Medrano, 2014, 660].

6.3. ¿Dónde está el límite entre la salud y la enfermedad mental?

Si fuese posible determinar con nitidez dónde está la frontera entre la salud y la enfermedad mental, dejaría de existir el fenómeno de la medicalización de la vida, puesto que estaría muy claro cuándo han de intervenir los profesionales de la psiquiatría y cuándo no, lo que conllevaría también una gran reducción del uso de la medicación, puesto que toda aquella que fuese innecesaria y estuviese siendo utilizada por personas que en realidad no padecen ninguna patología dejaría de consumirse. Pero es muy probable que la demarcación de este límite de manera irrefutable no sea posible. Si en el resto de ramas de la medicina en ocasiones cuesta vislumbrar con claridad esta frontera, en lo que se refiere a la salud mental es todavía más difícil. En los manuales

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

de psiquiatría suele utilizarse con más frecuencia la noción de “trastorno” que la de enfermedad, y no es algo casual:

“El concepto de enfermedad implica una etiología, una agrupación de síntomas, un curso y un pronóstico, así como una determinada respuesta al tratamiento. Sin embargo, hoy no es posible determinar los factores etiológicos ni los procesos patológicos subyacentes para la mayoría de los cuadros clínicos.” [Echeburúa et al., 2014, 70].

Tal y como es analizada en diversos ámbitos médicos, la noción de enfermedad no está exenta de problemas en la actualidad. El enfoque biomédico basado en la teoría biológica y en el modelo mecánico, el paradigma predominante actualmente en medicina, que se considera avalado por los grandes avances que ha permitido, no puede considerarse completo. El modelo biológico, a pesar de sus indiscutibles logros, no puede explicar todos los factores que actúan en la enfermedad, ni puede abarcar las implicaciones y la influencia que tiene sobre aquel que la padece. “Los conceptos de salud y enfermedad traspasan los límites de la medicina científica.” [Wulff et al., 2002, 93].

Si esto es así en otras áreas de la medicina, donde es más viable poder recurrir a pruebas empíricas para obtener datos, en el ámbito de la salud mental la complejidad aumenta de manera exponencial, puesto que la subjetividad cobra mucha más relevancia y es ineludible recurrir a ella para poder determinar la existencia de un trastorno mental. Las experiencias subjetivas del paciente son esenciales en el campo de la salud mental, porque a veces constituyen el único signo de un trastorno mental. En otros tipos de enfermedades, el sufrimiento puede ser un reflejo o signo de las alteraciones físicas o biológicas, o puede no serlo, y se recurrirá diversas pruebas para determinarlo. Con la enfermedad mental, no suele existir la posibilidad (en la mayoría de los trastornos) de poder hacer esta comprobación. Nociones como la de “distrés”, entendida como angustia o malestar, son fundamentales en psiquiatría y psicología, pero es imposible establecer una medición exacta y objetiva de este estado. Emociones y sentimientos narrados por el paciente, junto con algunas actitudes y conductas, suelen constituir la única puerta a su subjetividad y a la propia enfermedad.

Mientras no se conozca la naturaleza de los trastornos mentales, la cuestión de la frontera entre salud y enfermedad mental siempre será problemática, y el hecho es que muy probablemente nunca llegue a establecerse con seguridad qué son exactamente los trastornos

mentales, puesto que existen enormes diferencias entre ellos e influyen gran cantidad de factores en su desarrollo, además de que no siempre existe homogeneidad entre los pacientes que llegan a desarrollar el mismo trastorno.

Como consecuencia de lo mencionado, dónde establecer el umbral siempre será problemático: o habrá personas sanas que por un umbral bajo sean diagnosticadas de un trastorno, o habrá personas enfermas que escapen a unos criterios muy rígidos y no reciban ayuda. El problema del umbral probablemente nunca podrá ser resuelto de manera definitiva, por lo que lo único que puede hacerse es tratar de minimizar sus consecuencias, puesto que la psiquiatría ha de seguir realizando su importante labor, a pesar de todas las cuestiones sin resolver que pueda haber en la teoría y en la práctica.

CONCLUSIÓN

La Psiquiatría debe afrontar algunos problemas que son irresolubles. La respuesta a la pregunta acerca de qué son en realidad los trastornos mentales puede que nunca obtenga una respuesta unánime, debido a las dificultades que comprende la naturaleza misma de la enfermedad mental, la variedad que existe entre ellas, los diversos modos de manifestarse y los numerosos factores que pueden influir en su desarrollo.

A pesar de estas dificultades, a lo largo de sus dos siglos de historia la psiquiatría ha ido evolucionando y tratando de adaptarse a las necesidades de los pacientes. Para ello se han elaborado clasificaciones que facilitarían el ejercicio de la psiquiatría a los profesionales. Gracias a estos manuales se han producido mejoras en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales, aunque también han dado lugar a consecuencias no deseables, que no se previeron y no se evitaron a tiempo, como son la medicalización de la normalidad, la inflación diagnóstica y el abuso de la medicación.

No obstante, hay que tener en cuenta que aunque la psiquiatría ha podido contribuir en la creación y el mantenimiento de estos problemas, que van en aumento en las sociedades actuales, no es la única causante de estas nuevas dificultades, sino que en algunos casos también resulta gravemente perjudicada. Analizar con detenimiento qué agentes están implicados y cómo la población en general ha sido favorable y ha contribuido a la creación de estos efectos indeseados resulta fundamental para exonerar a la psiquiatría de algunas de las culpas que se le achacan y para tratar de abordar las verdaderas causas que los provocan para remediar estos problemas.

SEGUNDO PREMIO: Análisis acerca de la práctica psiquiátrica: Planteamiento de los conceptos fundamentales y refutación de las principales críticas.

BIBLIOGRAFÍA

- APA. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (5ª Edición). American Psychiatric Association Publishing: Arlington, VA, (USA).
- COOPER, R. (2004). "What is wrong with the DSM?" *History of Psychiatry*, vol. 15 (1): 5-25.
- COOPER, R. (2017). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)." *Knowledge Organization*. 44(8):668-76.
- COOPER, R. (2018). "Understanding the DSM-5: stasis and change." *History of Psychiatry*, vol. 29(1): 49-65.
- ECHEBURÚA, E., SALABERRÍA, K. & CRUZ-SÁEZ, M. (2014). "Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica." *Terapia Psicológica*, 32(1): 65-74.
- FRANCES, A. (2019). *¿Somos todos enfermos mentales?: Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Editorial Ariel: Barcelona.
- FREUD, S. (1993). "Duelo y Melancolía", en *Sigmund Freud: Obras Completas*, Vol. XIV. Amorrortu Editores: Buenos Aires.
- GARCÍA ZABALETA, O. (2019). "La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico." *Theoria*, 34(3): 441-460.
- GOLDACRE, B. (2013). *Mala Farma: Cómo las empresas farmacéuticas engañan a los médicos y perjudican a los pacientes*. Paidós: Barcelona.
- HACKING, I. (2001). *¿La construcción social de qué?* Paidós: Barcelona.
- HAWTON, K., CASAÑAS I COMABELLA, C., HAW, C. & SAUNDERS, K. (2013). "Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review." *Journal of Affective Disorders*, 147 (1-3): 17-28.
- HUERTAS, R. (2011). "En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría." *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 31(111): 437-456.
- HYMAN, S.E. (2010). "The diagnosis of mental disorder: the problem of reification." *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 6: 155-179.
- KAWA, S. & GIORDANO, J. (2012). "A brief historicity of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice." *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 7(2): 1-9.
- KENDLER, K.S., ZACHAR, P. & CRAVER, C. (2011). "What kind of things are psychiatric disorders?" *Psychological Medicine*, vol. 41 (6): 1143-1150.
- KOVACS, J. (1998). "The concept of health and disease." *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1 (1): 31-39.
- LÓPEZ HERRERO, L. & PÉREZ, A. (2003). "La cara oculta de la tristeza." *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. 23 (87): 53-65.
- MEDRANO, J. (2014). "DSM-5, un año después." *Rev. Asoc.*
- MIDDEKE, M. & WALD, C, ed. (2011). "Chapter 1. Melancholia as a sense of loss: an introduction." En *The literatura of melancholia: early modern to postmodern*. Palgrave Macmillan: London. Pp: 1-19.
- MOSCOSO, J. (2021). "Realidad o elaboración de la enfermedad mental." *Frenia*, vol. 1(2): 131-144.
- PASTOR MARTÍN, J. & OVEJERO BERNAL, A. (2009). "Historia de la locura en la Época Clásica y el movimiento anti-psiquiátrico." *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 30 (2-3, Junio- Septiembre): 293-299.
- RADDEEN, J. (2003). "Is this Dame Melancholy?: Equating today's depression and past melancholia." *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, vol. 10 (1, March): 37-52.
- SANDÍN, B. (2013). "DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?" *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 18(3): 255-286.
- SZASZ, T.S. (2008). *El mito de la enfermedad mental: bases para una teoría de la conducta personal*. Amorrortu: Buenos Aires.
- VARGA, S. (2013). "From Melancholia to Depression: ideas on a posible continuity." *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, vol. 20, (2, June): 141-155.
- WULFF H.R., PEDERSEN S.A. & ROSENBERG R. (2002). *Introducción a la filosofía de la medicina*. Editorial Triacastela: Madrid.
- ZACHAR, P. (2000). "Psychiatric disorders are not natural kinds." *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, vol. 7 (3, September): 167-182.

CONSULTAS EN PÁGINAS WEB

- APA (*American Psychiatric Association*). "What is Depression?". Retrieved: July 8, 2020, <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>.
- WHO (*World Health Organization*). "Definición de salud." Última consulta: 10 de agosto de 2020, <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.



Noviembre de 2021

SOCIEDAD DE
LÓGICA,
METODOLOGÍA Y
FILOSOFÍA DE LA
CIENCIA EN
ESPAÑA

www.solofici.org

Para envíos al boletín:
davidpch@unizar.es

www.solofici.org

