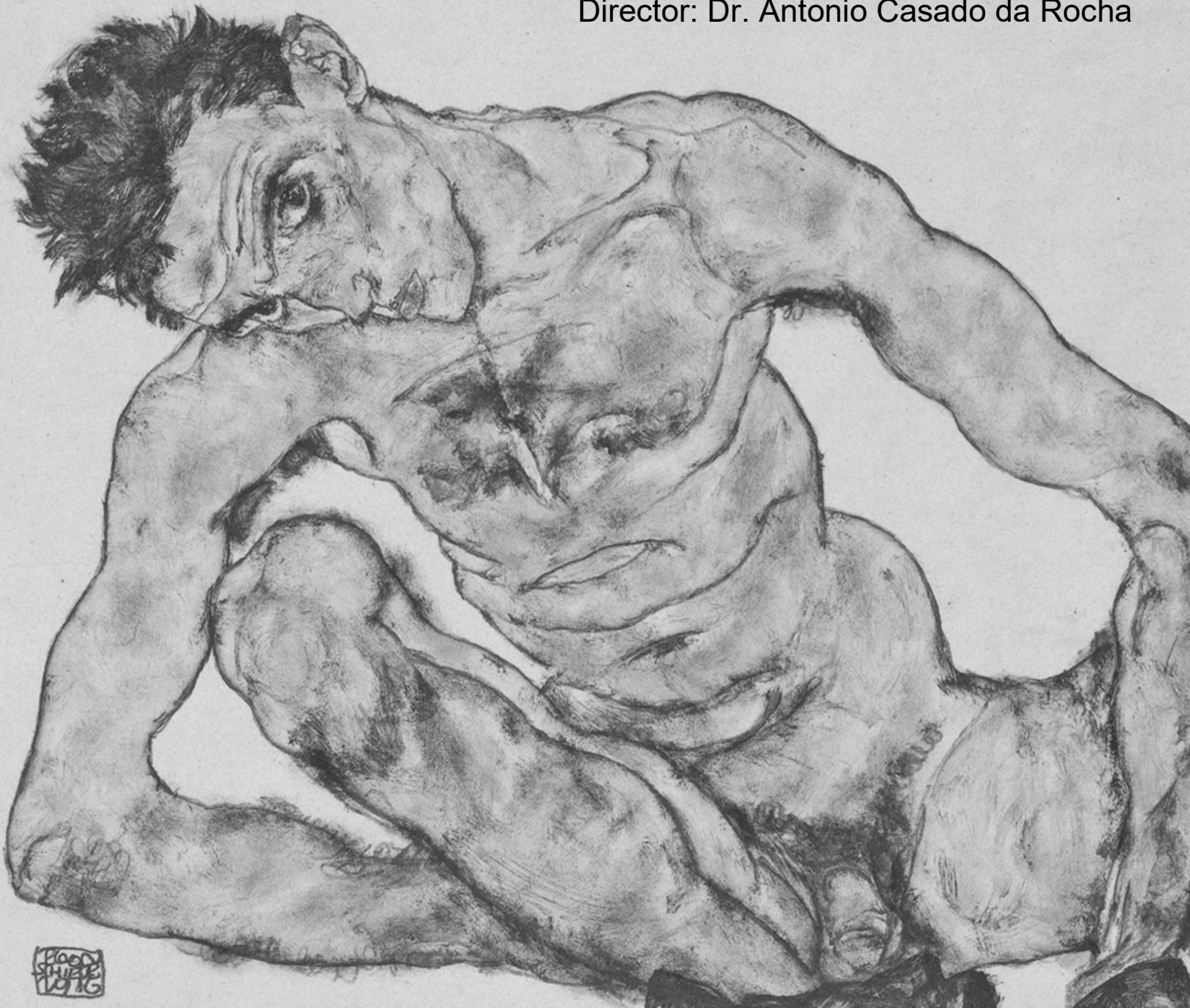


El concepto de autonomía en el DSM-5

Una propuesta interactiva, corporeizada y particular para la clasificación
y práctica psiquiátricas

Autor: **Omar García Zabaleta**

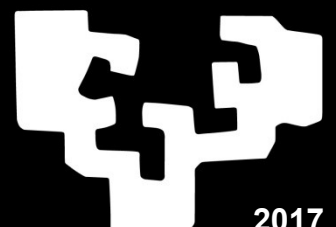
Director: Dr. Antonio Casado da Rocha



eman ta zabal zazu

Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea
(UPV/EHU)

Departamento de Filosofía de los Valores y Antropología Social



2017

El hombre siempre y en todo lugar, siendo él quien fuere, ha gustado de actuar a su modo, y no tal y como le indican la cordura y la ventaja; es más, incluso es posible desear algo que vaya en contra del propio interés de uno, y a veces, hasta debería ser positivo actuar así... Porque el deseo propio, voluntario y libre de uno, el capricho, aunque sea el más salvaje de todos, la fantasía exasperada y llevada hasta la locura, forma parte de aquella ventaja que se omitió y que resulta ser la más ventajosa de todas, porque no se atiene a ninguna clasificación, y porque a causa de ella se van continuamente al garete todos los sistemas y teorías imperantes. ¿De dónde sacan todos esos sabios, que el hombre necesita una voluntad normal, una voluntad virtuosa? ¿De dónde sacan que el hombre precisa indispensablemente de una voluntad que le sea provechosa? El hombre únicamente necesita de una voluntad autónoma, le cueste ésta lo que le cueste, y le traiga las consecuencias que le traiga.

Fiódor Dostoievski

Memorias del subsuelo

ÍNDICE

0. INTRODUCCIÓN.....	9
1. SOBRE EL CONCEPTO DE AUTONOMÍA	22
1.1 Una breve genealogía de la autonomía	23
1.2 El concepto de autonomía, examinado por las neurociencias	34
1.2.1 Jerarquía de deseos	36
1.2.2 Racionalidad	40
1.2.3 Influencias externas.....	44
1.2.4 Algunas conclusiones al respecto	46
1.3 La autonomía en la ética médica: renuncia o adaptación	53
1.3.1 La propuesta de Alfred Tauber	57
1.3.2 El rol de la autonomía.....	61
1.3.3 Hacia una autonomía relacional y particular.....	72
1.4 Un concepto de autonomía para la psiquiatría actual	73
1.4.1 La visión de Nietzsche: una fuente interesante para la construcción del nuevo concepto	75
1.4.2 Una propuesta de reconceptualización: una autonomía corporeizada, interactiva y particular.....	98
1.5 Recapitulación.....	112
2. ACERCA DEL DSM Y LA PSIQUIATRÍA	115
2.1 El DSM: la Biblia de la psiquiatría.....	115
2.2 Desarrollo histórico del DSM: un producto sociocultural.....	116
2.2.1 Su predecesor: <i>Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane</i>	116
2.2.2 DSM I Y II: La influencia de la psicodinámica	119
2.2.3 El DSM III: El origen de la medicalización	124
2.2.4 La continuación de una estrategia: DSM III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR	145
2.3 El DSM-5 (2013).....	150
2.4 Criterios de diferenciación entre lo normal y lo patológico.....	154
2.4.1 Primeras teorizaciones: de Pinel a Morel.....	155
2.4.2 Kraepelin y el inicio de la psiquiatría moderna.....	157
2.4.3 Los criterios naturalistas: desequilibrio químico y disfunción	158

2.4.4 Boorse y su teoría bioestadística: disfunción bioestadística.....	160
2.4.5 La teoría híbrida de Wakefield: “Disfunción perjudicial” (<i>Harmful Dysfunction</i>)	163
2.4.6 Canguilhem: el aspecto singular y social de la enfermedad mental....	166
2.4.7 Foucault: la enfermedad mental como herramienta de normalización social	167
2.4.8 Fromm y la enfermedad mental como fenómeno social.....	168
2.4.9 La enfermedad mental como construcción social.....	169
2.4.10 Prinz y su criterio de inteligibilidad	170
2.5 Evolución del concepto de trastorno mental en el DSM.....	172
2.5.1 En el DSM-I y DSM-II	172
2.5.2 En el DSM-III y DSM-III-R: Primera inclusión de la definición.....	173
2.5.3 En el DSM-IV	175
2.5.4 En el DSM-5.....	176
2.5.5 Recapitulación de la evolución del concepto y vías posibles de definición.....	177
2.6 Críticas y problemas asociados al DSM-5	179
2.6.1 Fronteras no definidas.....	179
2.6.2 Comorbilidad	181
2.6.3 La subcategoría “trastorno no especificado”	183
2.6.4 Inflación de diagnósticos y patologización de comportamientos de la vida cotidiana	185
2.6.5 Medicalización	190
2.6.6 Normalización	196
2.6.7 Estigmatización	199
2.6.8 Validez	201
2.6.9 Conflictos de interés	203
2.6.10 Internamientos (y tratamientos) involuntarios	206
2.6.11 Trastornos de la personalidad	206
2.7 Recapitulación.....	208
3. LA AUTONOMÍA EN LA PSIQUIATRÍA Y EL DSM-5	211
3.1 Sobre la autonomía en la psiquiatría actual	212
3.1.1 La autonomía en la relación psiquiatra-paciente: acerca del consentimiento informado y la capacidad para decidir	213
3.1.2 La relación entre la autonomía y los trastornos mentales.....	230
3.1.3 La autonomía y los trastornos de la personalidad.....	233
3.1.4 Un factor esencial y desatendido	238

3.2 El concepto de autonomía en el DSM-5.....	240
3.3 Recapitulación.....	250
4. PROBABLES IMPLICACIONES DEL CAMBIO EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA AUTONOMÍA PARA LA PSIQUIATRÍA Y EL DSM.....	253
4.1 Cambios en la relación psiquiatra-paciente.....	254
4.1.1 En la concepción de autonomía y el consentimiento informado: la inclusión de la perspectiva en primera persona.....	254
4.1.2 En las herramientas de evaluación de la capacidad.....	261
4.2 Cambios en el DSM.....	262
4.2.1 En la conceptualización de la autonomía y la identidad.....	262
4.2.2 En la conceptualización y clasificación de los trastornos de la personalidad.....	265
4.3 Impacto sobre los problemas asociados a la psiquiatría.....	275
5. CONCLUSIONES Y RESULTADOS.....	283
BIBLIOGRAFÍA	293

0. Introducción¹

La intuición de que el concepto de autonomía está estrechamente relacionado con el de salud mental fue, en gran medida, la impulsora de mi elección de centrar en esa cuestión el presente trabajo de tesis doctoral. De esa primera intuición nació la conjetura de que el modo en que se entienda la autonomía puede resultar determinante para la consideración de ciertos comportamientos como saludables o no. Esta conjetura, como casi todas, no surge de manera aleatoria –o no del todo, al menos– sino que lo hace tras haberme expuesto de diferentes formas a quedar contagiado por la incertidumbre en relación a la indescifrable cuestión de cómo emergen nuestras decisiones.

Para comprender mejor la génesis de esta tesis doctoral, resulta necesario remontarse unos años atrás. Una vez concluida mi Licenciatura en Humanidades, sentí que lo aprendido me había servido para entrar en contacto con diferentes materias y adquirir un conocimiento superficial de las mismas, pero que resultaba insuficiente para satisfacer mi atracción por algunas de ellas. Si bien esta licenciatura me proporcionó un mapa de todas esas áreas de conocimiento, sus fronteras y sus relaciones, no me permitió adentrarme en profundidad en ninguna de ellas. Entre ellas, siempre había sido la filosofía la que más fuertemente me había atraído y lo que pude conocer de ella en la mencionada licenciatura me sirvió para confirmarlo.

¹ He elegido esta obra de Egon Schiele para ilustrar la portada porque la considero útil para representar el contenido de esta tesis doctoral. En este autorretrato de 1916 el artista austriaco se representa a sí mismo desnudo en todos los sentidos, desprovisto de todo artificio que oculte su verdadera naturaleza. Esta representación de su propio yo guarda relación con el objetivo de conceptualizar la identidad y la autonomía de una forma coherente con la naturaleza humana. Una naturaleza en la que, como en el sujeto de esta obra, lo corpóreo tiene una presencia destacada y para la que la vulnerabilidad del individuo o su necesidad de relación no supone una amenaza. Además, el carácter subjetivo del autorretrato refleja la forma en la que aquí se quiere conceptualizar la identidad, como una representación o construcción precaria y dinámica que viene determinada, en gran medida, por la forma en la que uno se concibe a sí mismo. La imagen de esa portada es, seguramente, la representación más certera posible de lo que su autor era en aquel momento, de su identidad en el momento de retratarse.

El *Master en Filosofía, Ciencia y Valores*, impartido de manera conjunta por la Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV-EHU) y la UNAM, me proporcionó una visión más completa de lo que es la Filosofía. De hecho, se puede vislumbrar en la tesis de fin de master (García Zabaleta, 2011) que elaboré con la importante ayuda de Antonio Casado y Fernando Broncano el punto de partida del presente trabajo. Más allá de la posible relación temática existente entre ambos trabajos, aquel desarrollado en 2011 supuso una pequeña introducción a la investigación, de gran utilidad para comprobar mi gusto por ella.

Del mismo modo, en aquel trabajo se dio mi primera aproximación al concepto de autonomía y a la bioética. El libro *Confesiones de un médico* de Alfred Tauber, que Antonio me hizo llegar tras haberlo traducido al castellano (Tauber, 2011), contenía reflexiones acerca del papel que la autonomía debía jugar en la ética médica, además de una crítica a la autonomía nietzscheana que de inmediato centró mi atención. Aunque esta tesis doctoral no es en absoluto una continuación de aquel trabajo, lo cierto es que la autonomía y la ética han seguido siendo objeto de mi curiosidad.

Prueba de ello son algunos trabajos relacionados con estas cuestiones que se han publicado durante estos años (García Zabaleta, 2012, 2014; García Zabaleta y Casado, 2012) y que conforman una versión anterior del contenido presentado en la sección 1.3 de esta tesis doctoral.

Mi incorporación al grupo de investigación IAS-Research en 2012, tras obtener una ayuda predoctoral de la UPV/EHU, resultó un gran nutriente para mi investigación. Gran parte de su actividad se centraba en el concepto de autonomía, por lo que pude entrar en contacto con numerosos trabajos que atendían a dicha cuestión y en los que pueden encontrarse ingredientes de mi modo de entender este concepto (Moreno y Casado, 2011; Etxeberria y Casado, 2008; De Jaegher, H., Di Paolo, E. A. y Gallagher, S., 2010; Di Paolo, 2014; Kyselo, 2014).

No es difícil encontrar, por lo tanto, la razón de la elección de uno de los ejes articuladores del presente trabajo: el concepto de autonomía. A mi decisión de aplicar este concepto al contexto específico de la psiquiatría y el DSM-5 también se le puede dar una explicación. Desde el inicio de mi relación

con quien ha dirigido este trabajo, Antonio Casado, he estado expuesto a su conocimiento del ámbito de la bioética. Desde que lo conociera como profesor del ya mencionado máster, estar cerca de él me ha permitido tener acceso a los trabajos, problemáticas y cuestiones más prominentes de la bioética y la ética médica. Este factor, unido a mi interés por la naturaleza humana y su agencia, probablemente fue la causa de que me decantara por el área de la medicina que encontraba más estrechamente relacionada con esas cuestiones.

Se trata, por lo tanto, de un trabajo que se encuentra situado en la convergencia entre la filosofía de la psiquiatría, la ética médica y las neurociencias que, sin embargo, está desarrollado por alguien que no es ni psiquiatra, ni filósofo, ni por supuesto neurocientífico. Esa limitación formativa ha condicionado el enfoque del trabajo puesto que, no me he sentido legitimado para realizar valoraciones acerca de cuestiones que excedan mi conocimiento. Para combatirla, he tratado de apoyarme en expertas y expertos en estas materias y utilizar sus resultados y conclusiones para analizar de la manera más rigurosa posible las debilidades conceptuales que he encontrado en los fundamentos de una forma establecida de proceder en psiquiatría. Podría decirse que he intentado examinar la estructura conceptual sobre la que la psiquiatría fundamenta su actividad, prestando especial atención al lugar que la autonomía ocupa en ella.

Las lecturas de autores como Nietzsche o Foucault, que me han acompañado desde bastante antes de iniciar esta investigación, sin duda han moldeado mi forma de aproximarme a esta realidad. En el fondo, esta tesis doctoral trata de profundizar en los fundamentos de la psiquiatría, prestando especial atención a su forma de entender la autonomía, para cuestionar la forma en la que se vienen definiendo, diagnosticando y clasificando los trastornos mentales y la razón de ser de algunas de las consecuencias que se derivan de ella.

No se puede pretender la consecución de este objetivo sin antes haber llevado a cabo una exploración del estado de conocimiento acerca de las cuestiones sobre las que aquí se quiere trabajar. En este sentido, elucidar qué es la autonomía destaca como una tarea prioritaria.

La bibliografía acerca del concepto de autonomía es abundante en general, y en la ética médica en especial (Seoane, 2013; Beauchamp y Childress, 1979; Frankfurt, 1971; Dworkin, 1976, 1988; Gracia, 2012; Arrieta, 2016) y si algo está claro al respecto es que no existe una única manera de entenderla en este contexto (Papacchini, 2000). A pesar de esto, sí parece que puede hablarse de un concepto estándar o de una manera predominante de comprender la autonomía en bioética.

Existen también multitud de trabajos realizados en otros ámbitos alrededor de cuestiones que afectan directamente a la autonomía. En neurociencia los estudios, investigaciones y demás publicaciones que ponen el foco sobre el proceso deliberativo son numerosos (Ahern, 2011; Véliz, 2011; Damasio, 1994, 1996; Haidt, 2001; Levy, 2008; Mackenzie, 2008, Mackenzie y Stoljar, 2000; Gillet, 2009; Jecker, 2011) y, obviamente, sus resultados tienen una repercusión directa sobre la conceptualización de la autonomía. Resulta interesante, en este sentido, comprobar si lo que se viene entendiendo por autonomía es coherente con lo que sabemos sobre este proceso en el que ella se fundamenta.

En un artículo publicado en 2011 en la revista *American Journal Of Bioethics Neuroscience*, una de las más prestigiosas de su ámbito, Gidon Felsen y Peter B. Reiner (2011) intentan dar respuesta a esta cuestión. La conclusión a la que llegan en esa publicación, que se convirtió en la más relevante del año entre las de esa revista, es que el concepto estándar de autonomía falla al presuponer dos cuestiones: el liderazgo de la razón sobre los factores inconscientes, y la capacidad humana para tomar decisiones aisladas de influencias externas.

Esta conclusión parece ser secundada por numerosos autores pertenecientes al ámbito de la ética médica, que critican la validez y utilidad del llamado concepto estándar señalando las mismas debilidades (Tauber, 2011; Casado y Etxeberria, 2014; Gracia, 2012). De manera que, al parecer, lo que se entiende habitualmente por autonomía en ética médica no coincide con lo que creemos saber actualmente acerca del proceso subyacente a ella, ni con lo que se comprueba en la relación diaria con las y los pacientes. Este hecho evidencia lo complicada que resulta la tarea de elucidar qué es la autonomía y

destapa la necesidad de aclarar cómo debería entenderse en base al conocimiento existente al respecto y a las debilidades comprobadas en ese concepto estándar.

La gran cantidad de trabajo realizado en relación a este concepto en los ámbitos anteriores contrasta con la poca consideración que ha tenido en la psiquiatría. Llama la atención que, pese a la aparente relevancia del concepto para el desarrollo de esta actividad, no se haya dedicado esfuerzo a su conceptualización o definición en textos institucionales de referencia en este ámbito, como es el caso del DSM.

La última edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, el DSM-5 publicado en mayo del 2013, refleja esta realidad. En el DSM-5 apenas menciona el concepto de autonomía, a pesar de que su relación con algunos de los trastornos mentales que en él se clasifican parece ser bastante estrecha. Algunos trastornos de la personalidad como el trastorno de la personalidad límite, por ejemplo, se vinculan con problemas en la identidad y la autonomía (Ryan, 2005; Evans et al., 2015; Morse, Robins y Gittes-Fox, 2002; Fox, 2001).

Este manual, elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), se ha convertido en una referencia internacional para la actividad clínica e investigadora en el área de la psiquiatría y la psicología. Su dominio se ha expandido, con cada vez más fuerza, desde la sociedad estadounidense hasta Europa y más recientemente a Asia. Aunque en nuestro continente compite en el ámbito clínico con la *Clasificación Internacional de las enfermedades* (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), su supremacía en el ámbito académico e investigador es una realidad. De manera que la poca presencia del concepto de autonomía en las páginas del que es, probablemente, el producto institucional más relevante de la la psiquiatría puede resultar significativa.

La naturaleza sociocultural del DSM, su correlación con la ideología en torno a la salud mental predominante en su contexto, es una cuestión que ya ha sido analizada (Kawa y Giordano, 2012; Mayes y Horwitz, 2005; Ghaemi, 2009, 2013; Paris, 2013; Kinghorn, 2013; Braunstein, Pasternac, Benedito y Saal, 1983). Además, resulta sencillo comprobar el alto nivel de críticas

dirigidas a este manual, especialmente desde su tercera edición (Braunstein et al., 1983; Braunstein, 2013; Nesse y Stein, 2012; Kawa y Giordano, 2012). La publicación de esta quinta edición ha estado envuelta en una polémica sin precedentes. Con la salida a la luz del DSM-5 –y ya antes, ya que la publicación *on line* del borrador generó más de 11.000 comentarios en unas pocas semanas, además de rechazos de otras instituciones– han surgido numerosas críticas por parte de instituciones y autores pertenecientes a diferentes esferas relacionadas de una u otra forma con el ámbito psiquiátrico (BPS, 2011; SHP, 2012; Ghaemi, 2013; Kinghorn, 2013). La inflación de diagnósticos y el fenómeno de la medicalización de la población son las cuestiones con las que se relacionan la mayoría de ellas (Paris, 2013; Medrano, 2014; Frances, 2009, 2010, 2012b, 2012c, 2014; Frances y Widiger, 2012).

Desde este punto de partida, esta tesis doctoral pretende mostrar la importancia de la autonomía para la psiquiatría y colaborar en su adecuada conceptualización. Además, se tratará de elucidar el uso que el DSM-5 hace de la autonomía y el papel que ésta juega en él, para comprobar, por un lado, si estos responden a su carácter sociocultural y, por otro, si pueden tener influencia sobre los problemas asociados a la psiquiatría actual.

La curiosidad acerca del proceso de deliberación humano, unida a la creencia de que la autonomía se basa en gran medida en él, lleva a querer elucidar si existe una relación de coherencia entre ambos fenómenos en las concepciones de autonomía predominantes. Considero que nuestra capacidad para la autonomía emerge de la interacción entre nuestra quizás idealizada naturaleza y el contexto en el que ésta se desarrolla. Por lo tanto, la autonomía, en su grado máximo, estará circunscrita a las limitaciones que esa interacción imponga, sin que las influencias provenientes de una y otra vertiente tengan que suponer necesariamente una amenaza para la autonomía. La autonomía está vinculada con el ejercicio de esa construcción precaria, dinámica y abierta que es nuestra identidad², y esas influencias internas y externas pueden formar parte de ella.

2 En el apartado 1.4.2.1 se profundiza más en esta cuestión y se presenta una definición de la identidad como “una representación dinámica construida interactivamente a través del tiempo

Por ello, considero necesario tratar de analizar qué sabemos –o creemos saber en estos momentos– no solo acerca de ese proceso deliberativo, sino de cuestiones directamente relacionadas con él y cuya valoración resulta imprescindible. Así, cuestiones como la identidad, la relación individuo-contexto, la interacción consciente-inconsciente, todas ellas obviamente relacionadas entre sí, cobran especial interés para el desarrollo de este trabajo. Aun conociendo sus limitaciones y las dificultades intrínsecas a estas cuestiones, se recurre a las neurociencias y ciencias cercanas para intentar arrojar algo de luz sobre ellas.

Si, como creo, la relación entre autonomía y salud mental es algo más o menos aceptado –del mismo modo que el vínculo entre su ausencia y la presencia de un trastorno mental–, un cambio en la concepción de autonomía utilizada por el manual podría implicar consecuencias muy relevantes en la clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales. Los que son considerados enfermos mentales porque, de algún modo, tienen limitada su capacidad para la autonomía, podrían evitar esa etiqueta si su manera de comportarse pasa a ser valorada como natural o aceptable a la luz de esa nueva forma de entender la autonomía.

En realidad, esta tesis surge de un deseo de cuestionar. Cuestionar qué, quiénes y por qué se vienen considerando como autónomos, para después cuestionar qué, quiénes y por qué suelen clasificarse como enfermos mentales. Ese proceso especulativo inicial se ha materializado en una tesis doctoral con una estructura concreta que refleja, con mayor precisión, los sucesivos pasos que han guiado su argumento.

En este sentido, podría decirse que la tesis se estructura en tres grandes bloques: un primero centrado en el concepto de autonomía; el segundo, que pone el foco sobre los trastornos mentales y el DSM como manual que los clasifica y diagnostica; y, el último, que analiza la relación entre los dos bloques anteriores.

mediante interacciones entre el estado corporal –resultante de la interrelación entre factores conscientes e inconscientes- y el entorno, incluyendo otros seres humanos”. Como se verá en este apartado, este trabajo propone difuminar las fronteras entre mundo interno-mundo externo y consciente-inconsciente y recurre al concepto de autorreconocimiento para darle la unidad necesaria a la identidad.

El primer bloque comienza con una breve genealogía del concepto de autonomía. Se explora el desarrollo que ha tenido el concepto de autonomía moral desde su origen hasta llegar al contexto más cercano al ámbito de estudio de este trabajo, es decir, la ética médica o bioética. El punto final de esa genealogía se corresponde con el concepto estándar, predominante entre los múltiples existentes, y que es sometido a continuación a la evaluación de las neurociencias. En base a numerosos estudios y resultados provenientes de estas ciencias, se evalúa la validez de sus tres fundamentos: la existencia de una jerarquía de deseos, la racionalidad, y la ausencia de influencias externas.

Ese examen no es el único para valorar dicho concepto de autonomía, sino que también se analiza qué conclusiones tienen respecto a su validez y utilidad especialistas y profesionales del ámbito de la medicina y la bioética. Entre ellos se presta especial atención a la propuesta del médico y filósofo norteamericano Alfred Tauber y al debate suscitado por la publicación en español de su libro *Confesiones de un médico* (2011).

Además, como la influencia de la filosofía de Nietzsche en este trabajo es relevante –no solo en la manera de proceder, sino también en el contenido de la propuesta– se dedica un apartado a presentar las ideas del autor alemán en torno a la naturaleza humana que se consideran interesantes e útiles para la conceptualización de la autonomía defendida en esta tesis. Este apartado es un reconocimiento del origen de algunas ideas que, tras desarrollarse y nutrirse de otras influencias ya mencionadas, han derivado en la propuesta que la sucede en este texto.

En base a las conclusiones extraídas hasta ese momento, se trata de construir un concepto de autonomía coherente con el estado de conocimiento actual en neurociencias y adaptado a las vicisitudes del ámbito bioético. Esta propuesta de concepto de autonomía³, resultante de todo lo anterior, supone el final del primer bloque.

Una breve presentación del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM, da comienzo al segundo bloque. Después, se analiza la evolución del DSM, desde su origen hasta la quinta y última edición,

³ Se trata de un concepto de autonomía de carácter interactivo, corporeizado y particular que se desarrolla en el apartado 1.4.2 del presente trabajo.

para comprobar la influencia que el contexto sociocultural ha tenido sobre ella. En este análisis se presta atención a los cambios producidos en la clasificación a través de sus sucesivas ediciones y a cómo éstas pueden reflejar la ideología predominante en su contexto.

Los trastornos mentales son el objeto principal del DSM, por lo que, para comprenderlo, resulta indispensable tratar de elucidar su naturaleza y en qué se diferencian de la normalidad o la salud. Sin embargo, la dificultad para separar claramente los comportamientos normales de los patológicos es una realidad intrínseca a la psiquiatría. Con el objetivo de comprobarlo, se repasan los diversos criterios que se han utilizado para tratar de solventar esa dificultad, desde las primeras clasificaciones de Pinel y Morel, hasta teorías contemporáneas como las de Wakefield o Prinz, pasando por propuestas como la de Boorse.

Una vez realizado ese recorrido, se analiza cómo ha sido afrontado ese obstáculo por una institución como la American Psychiatric Association (APA), responsable de la confección del manual del que se viene hablando. Explorando las definiciones de trastorno mental presentadas en cada edición del DSM se identifican los criterios o fundamentos en las que éstas se basan para intentar incluir comportamientos patológicos y excluir los saludables.

Se cierra este segundo bloque presentando las críticas más relevantes que han sido dirigidas al manual por diferentes profesionales y especialistas del ámbito de la psiquiatría. Estas críticas se han multiplicado desde la aparición del DSM-III, del mismo modo que el número de trastornos clasificados por el manual. La ausencia de fronteras definidas entre lo normal y lo patológico, la comorbilidad, la inflación de diagnósticos, o la creciente medicalización de la población, son algunos de los problemas principales asociados a un manual muy duramente criticado y a la práctica psiquiátrica regida por el mismo.

Las limitaciones que ha tenido la psiquiatría en general para delimitar los comportamientos normales de los patológicos, y la manifestación de éstos en el DSM, unidos a la constatación de que, en este manual, la definición de trastorno mental tiene un papel residual que no determina la inclusión o exclusión de las diferentes categorías, impulsa a considerar que quizás los criterios que el manual utiliza trascienden esa definición. Que el teórico y

problemático concepto de disfunción puede ser solo el envoltorio de una serie de ideas y criterios de carácter más normativo. Y que, quizás, la autonomía o, para ser más preciso, su ausencia, puede jugar un papel importante en la determinación de lo que es un trastorno mental.

Pero, ¿existe relación entre la autonomía y los trastornos mentales?, ¿cómo se entiende la autonomía en este manual?, ¿es coherente con el estado de conocimiento actual?, ¿qué comportamientos son considerados como resultantes de la voluntad de un sujeto autónomo y cuáles como fruto de la actuación de un individuo con una autonomía limitada? Dar respuesta a estas preguntas es el objetivo del último bloque de esta tesis. Lo que con ellas se pretende comprobar es si el concepto de autonomía utilizado por el manual influye en la inclusión y exclusión de comportamientos dentro de la frontera de lo patológico. Si esto es así, un cambio en su forma de entender la autonomía podría mover esa frontera que hasta ahora parece haberse dirigido hacia la inclusión de cada vez más comportamientos. Parece razonable pensar que, un movimiento en la dirección opuesta, resultaría de ayuda en el intento de reducir esos problemas que cuestionan seriamente la validez del DSM.

Dos de los trastornos clasificados por el manual sirven como objeto de análisis para poner a prueba esa hipótesis. El trastorno de la personalidad límite –o *Borderline Personality Disorder*– y el trastorno de la personalidad dependiente, parecen estar significativamente vinculados a una comprensión de la autonomía. Además de la mencionada asociación del primero con problemas en la identidad y la autonomía, los criterios diagnósticos establecidos para ambos en el manual están relacionados en su mayoría con el rol de las emociones y las relaciones interpersonales en el comportamiento del sujeto. Cuestionar estos criterios de diagnóstico a la luz del concepto de autonomía propuesto en el primer bloque puede resultar útil para comprobar si la concepción de autonomía influye en la determinación de los umbrales de diagnóstico e incluso sobre la clasificación.

Estos tres bloques se organizan en cuatro capítulos o apartados. Si bien los dos primeros capítulos se corresponden con los dos primeros bloques presentados, se ha considerado útil desglosar el último bloque en dos capítulos diferentes para facilitar el desarrollo argumental y condensar en el cuarto

capítulo los contenidos más especulativos y susceptibles de tener desarrollo futuro.

A pesar de que se ha explicado ya cuáles son las inquietudes o cuestiones que impulsan a esta tesis, a continuación, a modo de resumen, se especifican las cuestiones a las que se tratará de dar respuesta en cada uno de los cuatro capítulos, para cumplir con el objetivo principal de este trabajo: elaborar un concepto de autonomía interactivo, corporeizado y particular –coherente con el estado de conocimiento actual en bioética y neurociencia– para comprobar si su uso en la psiquiatría y el DSM contribuiría a despatologizar algunos comportamientos. Más tarde, en las conclusiones, se evaluará el grado de cumplimiento de estos objetivos, hasta qué punto se ha conseguido dar respuesta a las siguientes cuestiones.

En el capítulo 1: ¿Cuál es el concepto de autonomía más coherente con el conocimiento actual extraído desde la bioética y la neurociencia?

En el capítulo 2: ¿Tienen el DSM y los trastornos mentales una dimensión ideológica o sociocultural que influye en la determinación de lo patológico –y, por lo tanto, en algunos de los problemas y críticas que se le asocian?

En el capítulo 3: ¿Cómo se entiende la autonomía en la psiquiatría y el DSM-5 y cuál es la naturaleza de su relación con los trastornos mentales?

En el capítulo 4: ¿Qué implicaciones tendría el uso del concepto de autonomía propuesto en el capítulo 1 sobre la psiquiatría, el DSM-5, y los problemas y críticas asociados a ellos?

No quiero comenzar a desarrollar esta tesis doctoral sin mostrar mi agradecimiento a las personas que lo merecen. En primer lugar, deseo dar las gracias a mi familia no solo por haberme apoyado, sino también por haberme hecho sentir ese apoyo durante todo este proceso, del mismo modo que han hecho en cada momento de mi vida. Por ello, y por ser siempre mi impulso, gracias, Aita, Ama y Ainhoa.

Gracias, Esteban, guía académico y vital, por enseñarme qué son la filosofía y la amistad.

Y gracias, Zoar, por acompañarme siempre cerca, aún cuando has estado lejos.

También quiero agradecerle a mi director, Antonio, su imprescindible ayuda a lo largo de este camino. Disponer siempre de su experta visión crítica y de su orientación ha sido un gran sustento para el desarrollo de esta investigación, más aún para alguien como yo, recién iniciado en este tipo de cuestiones.

A todos los miembros del grupo de investigación consolidado IAS-Research. Center for Life, Mind and Society, por haberme dado la oportunidad de entrar en contacto con sus ideas, investigaciones y trabajo que, sin duda, han supuesto una riquísima fuente de aprendizaje para mí. A quienes componen el Departamento de Filosofía de los Valores y Antropología Social de la UPV/EHU, por haberme proporcionado un lugar donde poder desarrollar esta investigación y por su asesoramiento y ayuda cada vez que lo he necesitado.

Un caluroso agradecimiento, como su trato, a Lizbeth Sagols, quien me brindó un inmejorable trato profesional y humano durante mi estancia de tres meses en México. Gracias por haberme hecho sentir siempre tan atendido en una ciudad inmensa y por tus valiosos comentarios, aportaciones y contactos. Entre estos últimos, doy las gracias a José Luis Díaz, Roger Bartra y María Blanca Ramos de Viesca por su amable disposición a charlar conmigo y proporcionarme aportaciones que han resultado de gran valor para este trabajo.

Me resulta imposible recordar esos meses en México sin sentirme inmensamente agradecido a todas las personas que allí conocí, que me hicieron sentir como en casa a 10.000 km de ella, y que convirtieron ese breve tiempo en un periodo de gran crecimiento personal y de inmejorable e inolvidable recuerdo. Gracias a todos ustedes porque todo aquello, de alguna forma, también forma parte de esta tesis.

No voy a olvidarme de agradecer especialmente a todos mis compañeros de trabajo, por compartir ideas, preocupaciones, risas y calor conmigo, convirtiendo el trabajo diario en algo mucho más agradable. Eskerrik Asko,

Rebeca, Ion, Eli, Itxaso, María, Carlos, Irantzu, Miren, Josune, Maialen y a todos los que han ocupado durante algún tiempo lugar de trabajo conmigo.

Gracias a la Fundació Victor Grifols i Lucas que con su reconocimiento en 2014 me permitió desarrollar un pequeño trabajo de investigación que también ha resultado beneficioso para esta tesis. También a todos los congresos y lugares que, durante estos años, me han dado la oportunidad de compartir y enriquecer mis ideas y resultados como el International Ontology Congress, el 2nd International Workshop “Bioethics” desarrollado en la Universidad de Salamanca, las Jornadas Doctoriales del Grupo 9 de Universidades realizadas en Almagro, las Jornadas de Ética Aplicada “Gobernar la bioética: responsabilidades” celebradas en el CSIC de Madrid, o el I. Taller de Ética, Salud y Medio Ambiente llevado a cabo en la sede de Globernance.

Y, por último, a la Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea que, a través de su programa de Becas de Formación de Personal Investigador ha financiado este trabajo.

1. Sobre el concepto de autonomía

1.1 Una breve genealogía de la autonomía

Con el objeto de comprobar el carácter cambiante y dinámico del concepto de autonomía resulta interesante analizar brevemente la evolución que ha sufrido desde su origen hasta nuestros días. Este ejercicio servirá para mostrar que el concepto ha ido mutando y desarrollándose de la mano de la cultura y el conocimiento propio de cada época y, de la misma manera, contribuirá a evidenciar el poco sentido que tiene aferrarse hoy en día a un concepto desactualizado.

Si bien es cierto que, en la actualidad, la naturaleza del concepto de autonomía puede variar dependiendo del ámbito en el que se aplique, el punto final del recorrido se corresponderá con el uso que se da a este concepto en el contexto de la ética médica, entendiendo que ésta engloba la psiquiatría y es, por tanto, el más cercano al objeto del presente trabajo. La falta de una concepción de autonomía consensuada y adecuada a este contexto es una realidad que da lugar a un debate de solución tan compleja como necesaria, pero, pese a ello, pueden extraerse algunos rasgos generales de lo que se entiende habitualmente por autonomía en la bioética. Y, en términos generales, ésta suele identificarse con lo que se conoce como concepción estándar de autonomía, herencia de Gerald Dworkin y Harry Frankfurt entre otros, y destino de este breve recorrido a realizar.

Para esta tarea es interesante recurrir al repaso histórico realizado por Jesus Conill (2013). El primer uso del concepto de autonomía se da en el contexto de la Antigua Grecia, en el siglo V. A.C, y es un uso perteneciente al ámbito político de las ciudades griegas. En este primer momento, la autonomía significaba para los griegos el derecho o la posibilidad de estas polis a determinar y regirse por sus propias leyes o normas.

Es en este sentido político en el que la entiende Heródoto, que considera la autonomía como la libertad política que permite a una ciudad regirse sin limitaciones externas o internas. Y, de un modo similar la interpretan Tucídides, que la concreta un poco más al considerarla como soberanía financiera y legislativa, y, Jenófanes, que la entiende como independencia de las ciudades (Pohlman, 1971:701-720, en Conill, 2013:4).

Parece evidente que este uso no guarda una relación demasiado estrecha con el que se daría en el marco de este trabajo, que estaría más relacionado con el uso de la autonomía moral, relativa a las personas y no a las ciudades.

Conill (2013:4) explica que a pesar de que es posible encontrar en la actitud de la Antígona de Sófocles ciertos rasgos de autonomía moral o “propia voluntad”, el uso de ese concepto de autonomía no se da con cierta continuidad y relevancia hasta la aparición de la obra de Kant. Es el filósofo alemán el primero que utiliza de manera explícita el concepto de autonomía moral y es por ello que habitualmente se vincula directamente la comprensión del concepto de autonomía moral con la acepción kantiana.

Esta acepción de carácter racionalista entiende la autonomía moral como la capacidad humana de tomar decisiones (y así definirse) mediante el uso de una razón generadora de leyes universales. Para Kant, actuar autónomamente es actuar en base a las leyes que se derivan del uso de la razón, capacidad definidora de la condición humana y necesaria para la autonomía y la moralidad. Sin razón no hay autonomía y sin autonomía no hay moralidad. Esta noción se ha topado con numerosas limitaciones destapadas por sus críticos. Han sido muchos quienes han revelado las debilidades de una concepción que se aleja de las condiciones reales de la actuación humana y que no tiene en cuenta o, peor aún, margina y rechaza factores como el contexto individual o las emociones y demás rasgos fisiológicos.

Con el romanticismo alemán se radicaliza algo más este concepto y, como apunta Conill (2013: 5), autores como Fichte y Schelling llegan a entender la autonomía como “la legislación ‘absoluta’ y ‘originaria’, de la razón”.

Uno de los autores que ha criticado de manera más consistente y entusiasta el concepto Kantiano de autonomía moral ha sido Friedrich

Nietzsche, a cuyo pensamiento en relación a la naturaleza humana y la autonomía derivada de ella se dedicará atención particular más avanzado este capítulo (apartado 1.4.1.1). El filósofo de Röcken puso la mira sobre el sinsentido de la razón pura kantiana y su carácter universal, sobre la necesidad de entender la autonomía moral de manera singular y acorde con la naturaleza y contexto particulares de cada ser humano.

Estas debilidades propias del concepto kantiano se acentúan más si cabe en el contexto particular que nos ocupa. En un ámbito como el sanitario, las condiciones de actuación de los sujetos se alejan a menudo significativamente de las condiciones universales definidas por el autor alemán, por lo que resulta evidente que no se puede ubicar en su obra el origen de la autonomía de la bioética.

Más cercano al uso que se le da a la autonomía en la bioética podría encontrarse el concepto de “libertad individual” acuñado por Jonh Stuart Mill en *Sobre la libertad* (2004), tal y como se recoge en *Autonomy and Paternalism* (Nys, Denier y Vandeveld, 2007). Su defensa de la libertad individual parece guardar una cierta relación con la defensa de la autonomía, en los términos en los que suele ser entendida ahora. Para Mill, la libertad individual “tiene que ver claramente con la elección racional, es decir, con la capacidad que tiene cada individuo de elegir lo que le conviene tras una reflexión madura, sin coacciones y con suficiente información” (Puyol, 2014: 24-25). El autor inglés consideraba la individualidad como algo indispensable para la consecución del bienestar personal y el único límite que establecía para su ejercicio era el daño a otros. Pese a que esta restricción pueda presentarse como algo sencillo e intuitivo, la sensación de obviedad disminuye al tratar de discernir qué es considerado como “daño”. Se trata de un término inevitablemente valorativo y de carácter subjetivo que, a menudo, se manifiesta como objeto de disenso. Lo que resulta dañino para un individuo puede no serlo para otro, y la complejidad de la cuestión aumenta en la misma medida que aumentan los protagonistas, activos o pasivos, de la acción.

Como se verá más adelante, la bioética comparte con Mill esa voluntad de salvaguardar la integridad individual, objetivo para el que ha sido utilizado tradicionalmente el principio de no maleficencia, un principio que –junto al de

beneficencia– ha dado pie al desarrollo de un modelo paternalista que ha sido un escollo importante para el ejercicio de la autonomía en este ámbito. Ese carácter subjetivo inherente al concepto de daño, puede dar lugar a un disenso interpretativo que, generalmente, se resolverá a favor de quien se encuentre en una posición de mayor poder.

Más aún, si se olvida, como a menudo, un matiz importante del concepto milliano, que no es otro que su orientación a un fin moral. Mill, con su promoción de la libertad individual, busca derrocar la adherencia pasiva a patrones de pensamiento establecidos, luchar contra la homogeneidad de ideas y allanar el terreno a la discusión racional necesaria para la legitimación de la diversidad.

Dejando de lado estas limitaciones, es cierto que el principio de autonomía guarda bastantes rasgos comunes que han resultado especialmente útiles para afrontar las particularidades del contexto bioético, entre los que destaca la atención prestada a la competencia del individuo. Mill condiciona la autonomía a las capacidades y competencias individuales y este hecho, entre otros, hace que el concepto de autonomía propio de la bioética resulte más compatible con su teoría que con la kantiana. Si para Kant la autonomía depende de una capacidad racional universal y de carácter metafísico, Mill apela a ciertas capacidades mentales o psicológicas que pueden manifestarse de manera gradual en cada individuo (Nys et al., 2007: 9).

Sin embargo, y a pesar de estas compatibilidades, Mill –como Kant– no puede ser considerado el padre del concepto de autonomía en la bioética. El concepto de autonomía predominante en el contexto de la ética asistencial no tiene en cuenta el fin al que va orientada una acción o decisión, mientras que, para el filósofo inglés, la búsqueda del bienestar personal actúa como guía indispensable de la libertad. Este hecho aparentemente poco significativo deriva en una disparidad de criterio de bastante relevancia, puesto que, la ética asistencial respetaría, por entenderla autónoma, una decisión perjudicial para lo que externamente podría interpretarse como el bienestar del individuo, si el proceso que ha derivado en ella cumple con los requisitos que permitan considerar al sujeto responsable de su decisión. De manera que, el concepto de autonomía que predomina en la bioética, tampoco encuentra en el concepto

milliano a su predecesor, aunque tenga más puntos de encuentro con él que con otros conceptos tradicionalmente considerados como tal.

La autonomía no empieza a ganar presencia en la ética médica hasta los años 60 y, si bien está claro que para entonces este concepto ya tenía cierto bagaje y recorrido filosófico, se introduce en esta disciplina a través del ámbito jurídico (Gracia, 2012). José Antonio Seoane (2013) explica este proceso mediante el cual la autonomía fue pasando del ámbito jurídico al sanitario y señala que este paso que se dio de manera pionera en Estados Unidos, mediante dos vías paralelas: el consentimiento informado y el derecho a la *privacy*.

El primero no aparece como tal en la relación médico-paciente hasta 1914, si bien es cierto que, durante el S. XIX, el actuar sin informar al paciente o engañándolo era considerado como mala praxis o negligencia si esta actuación acababa causando algún daño físico al paciente. Pero, no es hasta la aparición del derecho a la autodeterminación corporal, en 1914, cuando se puede empezar a hablar de la inclusión del consentimiento informado en la práctica médica. Esta aparición se da en el marco del caso *Schloendorff v. Society of New York*, en cuya sentencia el juez, por primera vez, considera que la autonomía del paciente se vulnera cuando el médico no respeta su derecho a decidir, independientemente de que esto derive en un daño físico o no (Faden y Beauchamp, 1986: 123).

Como apunta Seoane (2013: 16), el siguiente paso decisivo en la consolidación del consentimiento informado se da cuando además de respetar el derecho a decidir del paciente, se trata de potenciar esas posibilidades de decisión. Es decir, aunque con el caso anteriormente mencionado, se promueve que el paciente tenga potestad a la hora de decidir acerca de las posibles intervenciones sobre su cuerpo, no se establece explícitamente que el profesional sanitario tenga la obligación de informarle antes de conseguir el consentimiento. Y este es, precisamente, el paso que se da en 1957, que el consentimiento pase a ser informado. Tras el caso *Salgo V. Lelan Stanford Jr.*

⁴ Caso de 1914 en el que un médico de un hospital de Nueva York extirpó un tumor a una paciente anestesiada que, previamente, solo había otorgado su consentimiento al examen, especificando que no quería ser operada (Faden y Beauchamp, 1986).

*University Board of Trustees*⁵, el médico pasa a tener la obligación de informar al paciente previamente a que este le conceda o no su consentimiento. Es en este momento cuando puede considerarse que el consentimiento informado se ha instaurado en la práctica médica.

Aunque generalmente se ha igualado este proceso con el del establecimiento de la autonomía del paciente en bioética, este hecho no es del todo cierto. Además del consentimiento informado, en Estados Unidos hubo otro fenómeno que contribuyó a la potenciación de la autonomía del paciente: la *privacy* (Seoane, 2013:18).

Esto lo explica Seoane cuando afirma que “la autonomía de los pacientes no se ha desarrollado únicamente a través del consentimiento informado, sino que el reconocimiento jurídico de la gestión autónoma del cuerpo, la vida y la sexualidad ha sido perfilado a través de la protección constitucional de la *privacy*”. Este factor “ha desarrollado sus diferentes dimensiones a través de una serie de resoluciones judiciales” (Seoane, 2013: 18) que a lo largo del S. XX han ido dando lugar al establecimiento de distintos derechos como el derecho a la intimidad, la autonomía reproductiva, la autonomía e intimidad sexual, el derecho a morir y la privacidad y autonomía informativa. Todas estas conquistas logradas de la mano de la *privacy* han contribuido de manera esencial al proceso de establecimiento del respeto a la autonomía del paciente en Estados Unidos.

En España, el proceso tuvo otras particularidades y se desarrolló a partir de los años 70. El primer paso consistente –antes habían aparecido algunos decretos que pueden considerarse antecedentes más o menos sólidos– se da de la mano de la Constitución de 1978. A pesar de no contener una referencia específica al consentimiento informado o a la autonomía, parece darle cabida indirectamente mediante el derecho a la integridad física y moral “con un catálogo de derechos y libertades que desarrollan la autonomía del paciente para adoptar y realizar decisiones en relación con su vida y salud” (Seoane, 2013: 22).

⁵ En 1957 un paciente llamado Martin Salgo sufre una parálisis permanente como consecuencia de una aortografía que no había de cuyos riesgos no había sido informado (Faden y Beauchamp, 1986).

Es con la aparición de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS)⁶ cuando se establecen explícitamente las bases del derecho al consentimiento informado y la autonomía del paciente. Sin embargo, aún se mantienen varias excepciones que actúan a modo de restricción como es el caso de la negativa al tratamiento y una serie de condiciones que legitimarían la ausencia de consentimiento: riesgo para la salud pública, incapacidad para la toma de decisiones, situación de urgencia que puede provocar lesiones irreversibles o incluso riesgo de fallecimiento.

Como explica Seoane (2013), a partir de ese momento los avances que se den irán orientados a la superación de estas restricciones. Entre estos destacan los derivados de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LBAP)⁷, con la que se pone fin a las restricciones de la LGS. Además, se dan avances en la autonomía informativa –se potencian el respeto de la intimidad y la confidencialidad de información y documentación clínica– aunque estos son aún limitados en comparación con los de la dimensión decisoria (Seoane, 2013).

Es necesario explicar en este sentido que Seoane (2010) distingue tres dimensiones de la autonomía: la decisoria, la informativa y la funcional. La primera está relacionada con la capacidad para tomar decisiones libres e informadas, la segunda con el derecho del paciente para gestionar la información de carácter personal y privado relacionada con su vida y salud, y la tercera con la capacidad de un sujeto para llevar a cabo esas decisiones. Casado y Etxeberria (2014) añaden una cuarta dimensión a esas tres: la autonomía narrativa. Esta dimensión está vinculada con la capacidad del sujeto para “integrar sus decisiones en una narrativa compartida con otros” (Casado y Etxeberria, 2014: 57). En su tesis doctoral, Ion Arrieta (2016) defiende la existencia de una dimensión adicional de la autonomía, la autonomía ejecutiva que define como “la capacidad de cumplir y mantener en el tiempo las

⁶ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS). Boletín Oficial del Estado, de 29 de abril de 1986, Num. 102, p. 15207- 15224.

⁷ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, Núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, p. 40126-40132.

decisiones adoptadas, especialmente las relacionadas con la planificación y ejecución del tratamiento” (2016: 337).

La Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea (CDFUE)⁸, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD)⁹ y la Ley de protección de datos (RLOPD)¹⁰, después completada con la entrada en vigor del Reglamento general de protección de datos en 2016¹¹, son los pilares en torno a los que se asientan las dimensiones de autonomía informativa y funcional, y que completan la decisoria.

Como se ha comprobado y resume Seoane (2013: 28) “el significado de la autonomía del paciente en el Derecho español es el resultado de una evolución legislativa y jurisprudencial favorable a su reconocimiento y protección”. El consentimiento informado (CI) es el fruto, casi exclusivo, de esta introducción. El respeto a la autonomía en la ética asistencial se restringe a la protocolaria aceptación por parte del paciente de las medidas propuestas por el profesional.

Ya en los inicios de la bioética empiezan a surgir voces en favor de la potenciación de la autonomía en la relación asistencial. Así, en los 60 y 70 se produce un auge de la autonomía protagonizado, en gran medida, por los reclamos de grupos minoritarios. En este contexto Tom L. Beauchamp y James F. Childress publican su relevante libro *Principles of Biomedical Ethics* (1979), en el que establecen los cuatro principios en los que a su juicio debe fundamentarse la ética asistencial y dan inicio a lo que se conoce como la Ética Principalista. Ésta, considerada la doctrina estándar de la ética asistencial, propone que la actividad se fundamente en base a los conocidos cuatro principios: la no maleficencia, la beneficencia, la justicia y el respeto a la autonomía.

El principio de no maleficencia tiene como objetivo prevenir y evitar el daño al paciente, un concepto que, como se ha visto antes –en relación a la

⁸ Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, de 7 de diciembre de 2000, Niza. Diario Oficial de la Unión Europea, núm. C. 364, de 18/12/2000.

⁹ Convención sobre los derechos de las personas con capacidad de las Naciones Unidas. New York: Resolución 61/106.

¹⁰ Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado, Núm. 17 de 19 de enero de 2008, p. 4103-4136.

¹¹ Reglamento General de Protección de Datos, de 27 de abril de 2016. Diario Oficial de la Unión Europea, Núm. 119, de 4/5/2016.

teoría de Mill—, resulta bastante problemático. Tal y como especifican Casado y Etxeberria (2014), Beauchamp y Childress optan por enfrentar esa controversia centrándose en el daño físico al considerarlo más fácilmente medible.

El de beneficencia, por su parte, consiste en dar un paso más que evitar esos daños y promover beneficios y mejoras en el paciente. Se puede intuir que este principio igualmente subjetivo resulta, cuanto menos, tan controvertido como el anterior y ha sido tradicionalmente el epicentro de fuertes debates bioéticos. Han sido muchos los que han vislumbrado en el principio de beneficencia una herramienta a favor del paternalismo, un recurso que, bajo su carácter subjetivo, permite al profesional imponer su visión de lo beneficioso para el paciente y cuya aplicación debilita directamente la autonomía del afectado. Del mismo modo, otras voces pertenecientes a este ámbito, entre las que se podría destacar a Alfred Tauber¹², lejos de percibir el principio de beneficencia como una amenaza para la autonomía del paciente, lo consideran el núcleo en torno al que debe articularse la ética médica.

Sin embargo, y como se verá más adelante, es probable que este debate esté condicionado por una cuestión vinculada con el tema que nos ocupa: por el uso de diferentes concepciones de autonomía. Dependiendo de la concepción acuñada, la interacción entre ésta y el principio de beneficencia será más o menos corrosiva.

En lo que respecta al principio de justicia, Beauchamp y Childress rehúyen adoptar una única teoría ante la dificultad de que abarque todos los usos y demandas asociados a dicho concepto, por lo que optan por utilizar de manera flexible diferentes principios de justicia según el contexto.

En cuanto al principio que nos ocupa, la concepción de autonomía utilizada por Beauchamp y Childress es la que habitualmente se denomina como la concepción estándar en la bioética y que suele asociarse a las aportaciones de los autores Harry Frankfurt y Gerald Dworkin. El modelo propuesto por estos autores se basa en la convicción de que existe una jerarquía de deseos que condiciona el proceso deliberativo humano. Frankfurt y Dworkin consideran que existen diferentes niveles de deseos: los deseos de

¹² Más adelante se dedica un apartado completo al análisis de las ideas de este autor (1.3.1).

primer orden y los deseos de segundo orden. Los deseos de primer orden se corresponden con tendencias, impulsos o apetencias que no requieren necesariamente de la participación de la razón; aquí entran todos los deseos derivados de necesidades fisiológicas, por ejemplo. Mientras que los deseos pasan a ser de un nivel superior –segundo orden– cuando el individuo, tras una reflexión, se identifica con ellos.

El resultado de esa reflexión crítica acerca de una acción, independientemente de que suponga la aprobación o el rechazo de ésta, es lo que se entiende por deseo de segundo orden y, por lo tanto, lo que se identifica con la autonomía del sujeto. Es decir, que los deseos de nivel bajo¹³ tienen como objeto acciones potenciales, y, al mismo tiempo, conforman el objeto de deseos de niveles superiores. Frankfurt y Dworkin consideran que la autonomía requiere identificación con los deseos de nivel alto, y este último hace especial hincapié en el proceso deliberativo al subrayar como indispensable que esos deseos sean fruto de una reflexión crítica.

Un ejemplo sencillo: me apetece comer un dulce. Sin embargo, al reflexionar sobre ello, recuerdo que el médico me ha prohibido los dulces. Si decido, pese a todo, comerme ese dulce, éste habrá convertido un deseo de nivel alto y, cuando lo lleve a cabo, esta acción podrá ser considerada autónoma y, por tanto, imputable a mi responsabilidad.

Esta concepción estándar tiene claras ventajas respecto a las anteriores. Una de ellas es que da cabida a las emociones y deseos irracionales –sin excluir a la razón–. Si se observa el ejemplo anterior bajo la lupa de concepciones de autonomía de carácter más racionalista, probablemente, el hecho de comerse el dulce sería considerado como una acción heterónoma, que responde más a deseos de tipo irracional que al juicio de la razón. Sin embargo, como se ha visto, el modelo de Frankfurt y Dworkin no limita los resultados de la deliberación personal siempre y cuando haya cumplido con los requisitos del proceso. Lo cualitativo de la acción no tiene ninguna relevancia

¹³ En este trabajo se utilizarán indistintamente los conceptos orden y nivel en referencia a los deseos de la teoría de Frankfurt y Dworkin. De manera que los deseos de primer orden se corresponden con los de nivel bajo y los de segundo orden con los de nivel alto. Esto se debe, en gran parte, a que en la bibliografía de referencia como Felsen y Reiner (2011) se utilizan ambos términos.

en su consideración como autónoma, toda acción será igualmente autónoma si es el resultado de un proceso deliberativo en el que ha tenido lugar una reflexión crítica. O, como diría Frankfurt un individuo autónomo “es libre para querer lo que quiere querer” (Frankfurt, 1971, en Felsen y Reiner, 2011).

Este hecho, además de convertir su noción de autonomía en algo más coherente con el proceso deliberativo humano, supone un importante impulso para la individualidad, al considerar como autónomo a todo individuo que actúe y viva de acuerdo a sus propios valores, coincidan estos o no con los predominantes.

Frankfurt y Dworkin presentan lo anterior como posibilidad y no como obligación. Del mismo modo que consideran autónomo a quien decida ser moralmente independiente a la hora de actuar, siempre y cuando esta actuación responda a un proceso autónomo, respetan el hecho de que un individuo pueda actuar de manera dependiente tras este proceso. Para ellos, es igualmente autónomo decidir actuar en base a las creencias propias que decidir hacerlo según las ajenas, y, alejan los conceptos de autonomía e independencia al considerar que la dependencia puede ser autónoma. Estos rasgos hacen que autores como Christman (1989) valoren este modelo como uno de los más exitosos.

Esto no les ha permitido librarse de la crítica, principalmente, porque aunque conceden un espacio a lo irracional, éste sigue siendo un lugar secundario y subordinado al liderazgo de la razón. En su modelo, es ésta quien concede a lo irracional el permiso para convertirse en deseo de nivel alto y, por extensión, para pasar a formar parte del terreno de lo autónomo. La razón es el filtro, y todo lo que no pase por ella, queda fuera de su concepto de autonomía.

Se ha hecho especial énfasis en este hecho desde las esferas feministas que, principalmente, han destacado el peso de las influencias externas de carácter inconsciente sobre el resultado del proceso deliberativo y han achacado al concepto estándar que no las contemple (Mackenzie, 2008; Mackenzie y Stoljar, 2000). Estas autoras consideran que existen condicionantes de este tipo que no son objeto de reflexión crítica e influyen de manera significativa en el resultado del proceso que deriva en la conducta humana. Nancy S. Jecker (2011) postula que estas influencias de carácter

inconsciente ponen en cuestión el liderazgo que Dworkin y Frankfurt otorgan a la razón en su modelo de autonomía. Esta intuición se ha visto reforzada por las neurociencias y los resultados de sus investigaciones, que han terminado de poner bajo sospecha el supuesto papel de la razón como guía de la conducta humana, como veremos a continuación.

1.2 El concepto de autonomía, examinado por las neurociencias

Las neurociencias se han convertido en un factor importante a la hora de arrojar luz en este debate acerca de la autonomía. Todo conocimiento acerca del ser humano y su naturaleza es determinante y altera de manera significativa la solución a una cuestión que tiene en su base a la agencia humana, y el proceso deliberativo previo a ésta. Como no podría ser de otra forma, conocer la forma en que actuamos, decidimos o razonamos es algo indispensable para poder valorar con rigurosidad qué es la autonomía y qué condiciones se tienen que dar para poder considerar a un individuo como autónomo.

Al hablar de neurociencias se suele hacer referencia al conjunto de ciencias que analizan la estructura y la organización funcional del sistema nervioso y las interacciones entre los elementos que lo componen. La aparición de nuevas técnicas de neuroimagen, que permiten ver el cerebro en tiempo real, ha propiciado un importante desarrollo de esta actividad desde los años 80. En los últimos años, han sido numerosos los intentos de desenmascarar diferentes aspectos de la naturaleza humana apoyándose en esta relativamente nueva forma de proceder que supone la neurociencia, y temas como el libre albedrío o el papel ejercido por lo inconsciente han tenido un protagonismo capital entre los estudios y artículos emanados de las revistas y demás publicaciones de este ámbito.

En un artículo publicado en 2011, en el número 3 del segundo volumen de la revista *AJOB Neuroscience* –que posteriormente se convertiría en el más relevante del año– Gidon Felsen y Peter B. Reiner examinan la concepción estándar de autonomía a la luz de los resultados que están proporcionando

distintos estudios realizados en neurociencias. Lo que hacen, concretamente, es extraer las características principales del modelo estándar de autonomía y las condiciones necesarias para el cumplimiento de éstas, para después analizarlas una a una y comprobar su coherencia con lo que las neurociencias dicen al respecto.

En este apartado, se resumirá el contenido del examen realizado por Felsen y Reiner y, al mismo tiempo, se extiende, se van intercalando críticas, aportaciones y demás comentarios de otros autores en relación con este artículo y sus conclusiones, en un intento por aclarar qué pueden aportar las neurociencias en la construcción del concepto de autonomía.

El hecho de que existan múltiples acepciones de autonomía supone un obstáculo para esta tarea –y para la mayoría relacionadas con este concepto– ya que el resultado de la evaluación variaría según el concepto utilizado, mostrando cada uno de ellos sus carencias y compatibilidades particulares respecto al conocimiento extraído de las neurociencias. Pero, como ya se ha visto, es posible destacar entre esos conceptos uno que debido a su uso y relevancia es considerado como el estándar.

Una vez reconocidas estas particularidades, los autores se ponen al servicio de su propósito. El objeto de análisis de Felsen y Reiner se corresponde con el ya conocido concepto estándar, derivado de las aportaciones de Frankfurt y Dworkin. Tal y como resumen los autores, según esta concepción estándar una decisión será autónoma en el caso de que cumpla tres requisitos¹⁴ (Felsen y Reiner, 2011: 4):

1. Consistente con las creencias y deseos de “orden más alto” del individuo. No es suficiente decidir satisfacer una necesidad fisiológica de “orden inferior”, sin reflexión y sin “autenticación” de niveles más altos (Frankfurt 1971; Dworkin 1988).
2. Racional: tiene que ser desapasionada, basada en información explícita (...). (Christman 1991; Sudgen 1991)

¹⁴ Estos requisitos son difícilmente divisibles y guardan una estrecha relación entre ellos, en el sentido de que el incumplimiento de uno de ellos condicionaría el de los otros dos, pero, los autores –y también yo– los separan para poder analizar su naturaleza de un modo más específico.

3. Sin influencia indebida de factores externos fuera del control del individuo. Aunque puede que no sea requerida una completa independencia, las influencias encubiertas sobre decisiones supondrían una amenaza a la autonomía (Dworkin 1976).¹⁵

1.2.1 Jerarquía de deseos

El primero de los requisitos, exige, por lo tanto, la existencia de una jerarquía de deseos en la que los de carácter más irracional o impulsivo se hallen subordinados a los racionales y reflexivos, de modo que estos últimos sean los que se correspondan con las decisiones autónomas. Felsen y Reiner apuntan que “está generalmente aceptado que el córtex está en la cima de la jerarquía para la toma de decisiones autónoma” (2011: 5). Es decir, se considera que hay una correlación entre las funciones ubicadas en el córtex cerebral y la autonomía, debido a que tanto animales con un córtex menos desarrollado, como seres humanos con algún tipo de infradesarrollo o daño cortical no suelen ser considerados como plenamente capacitados para ejercer la autonomía.

Sin embargo, más allá de esta correlación, parece necesaria una explicación más profunda para corroborar que existe esa jerarquía, que en la cima de ésta, que parece corresponderse con el córtex, se encuentran los deseos de nivel más alto, y que, además, éstos se vean reflejados en las decisiones autónomas. Con este propósito de encontrar una explicación compatible con estas intuiciones, los autores recurren a la hipótesis de la teoría del control ejecutivo.

Según esta teoría, a la que desde ahora se hará referencia como ECT (*Executive Control Theory*), el córtex prefrontal, que, como se ha comentado ya, es la parte del cerebro humano que ocupa un lugar más tardío en el proceso evolutivo, ejerce un control de arriba-abajo sobre otras regiones del cerebro (Miller y Cohen, 2001). La hipótesis de Earl K. Miller y Jonathan D. Cohen es que en esta parte del cerebro se generan patrones de actividad que representan objetivos de conducta, estos patrones envían, a otras regiones del

¹⁵ Todas las citas textuales extraídas de textos originales en inglés han sido traducidas personalmente para facilitar el desarrollo de este trabajo.

cerebro, señales que guían el proceso entre inputs, estados internos y outputs, de tal forma que estos últimos están condicionados por los patrones y, por lo tanto, suelen ser coherentes con los objetivos. Para completar el resumen de la teoría, es importante señalar que estos patrones se van generando en base a la experiencia, de tal forma que las experiencias positivas van reforzando los patrones de los que se derivan.

Felsen y Reiner interpretan que este modelo ECT es coherente con el primero de los fundamentos del concepto de autonomía estándar, con la existencia de una jerarquía de deseos. Argumentan esta compatibilidad haciendo alusión a diferentes rasgos de la ECT que parecen reforzar esos presupuestos. Así, van estableciendo vínculos entre ambas teorías y sus componentes. Explican que los deseos de nivel más alto se corresponderían con los objetivos de conducta de los que habla la ECT y que estos se dan en el córtex, mientras que los de nivel u orden inferior son de carácter inconsciente y subcorticales. Además, apuntan que los primeros influyen sobre los segundos, pero no los determinan, es decir, los deseos de nivel alto no siempre garantizan verse reflejados en el resultado de la deliberación, ya que éste depende de la fuerza relativa de los deseos, tanto de los de nivel alto, como de los de nivel bajo. Por otro lado, señalan que parece que podría establecerse cierta relación entre el nivel de los deseos y el tipo de objetivos a los que se dirigen, de manera que los de nivel alto estarían más enfocados a los beneficios a largo plazo, no yendo siempre de la mano con el beneficio individual e inmediato.

Felsen y Reiner también encuentran alguna debilidad en el modelo estándar de autonomía, en base a lo que dice la neurociencia, y, en este sentido, destacan que, según ciertos estudios (Fuster, 1995; Goldman-Rakic, 1995), los deseos de nivel alto pueden tener una duración muy larga, pero los objetivos de conducta tan solo persisten durante minutos o, como mucho, horas.

En general, consideran que este primer fundamento de la teoría estándar de autonomía es corroborado por las neurociencias, ya que según diversos estudios en este campo, parece que el córtex prefrontal ejerce cierto control ejecutivo sobre otras regiones del cerebro. Refuerzan esta teoría presentando algunas conclusiones extraídas de ciertos estudios y experimentos que

apuntan en esa dirección. Por ejemplo, que los daños en el córtex prefrontal impiden el control de deseos de orden alto, pero no la ejecución de tareas simples (Milner, 1963); que grabaciones electrofisiológicas a primates han mostrado actividad en los circuitos locales del córtex prefrontal mientras realizaban tareas comportamentales (Fuster y Alexander, 1973); o que estudios en humanos han demostrado que regiones anteriores del córtex prefrontal controlan posteriores, lo que parece indicar la existencia de diferentes roles de estas subregiones en el control de arriba abajo (Badre, 2008; Badre y D'Esposito, 2009).

Tal y como subrayan Felsen y Reiner, la teoría jerárquica de la autonomía trae consigo un problema conceptual de difícil solución, el de la infinitud de niveles de deseos. Es decir, si existen diferentes niveles de deseos y la autonomía exige la autentificación del deseo más alto, resulta complicado limitar la altura de esa jerarquía, determinar cuál es el deseo que se ubica en la cima, desechando la posibilidad de encontrar otro ubicado por encima de él. Aunque en las últimas décadas ha habido diversos intentos de encontrar una solución a este problema de la autorregresión, la cuestión no ha quedado definitivamente esclarecida¹⁶.

Otra debilidad que achacan a la teoría de la autonomía estándar es el hecho de que ésta parece ser incoherente con el carácter gradual que las neurociencias vienen otorgando a la autonomía. En contra de lo postulado por Dworkin y Frankfurt, estas ciencias parecen apoyar la idea de que la autonomía es algo gradual, cuyo nivel puede variar dependiendo del sujeto y del contexto de la decisión, y llegan incluso a reconocer ciertos grados inferiores de autonomía a otras especies. Esto es importante para lo que se propone en este trabajo porque, como se verá más adelante, en él se defiende que la presencia de influencias externas o internas de carácter inconsciente, no tiene porqué representar una amenaza para la autonomía. En la propuesta que aquí se sostiene, la autonomía se da de forma particular en cada individuo, según su contexto y condiciones particulares, por lo que el nivel de peso de esas influencias variará sin que lo haga el carácter autónomo de la decisión o acción derivada de ese proceso. La diferencia de esta propuesta respecto a las de tipo

¹⁶ En Felsen y Reiner (2011:6) se especifican esos intentos y sus deficiencias.

gradual sería, por lo tanto, que lo que éstas contemplan como grados diferentes de autonomía, se valora aquí como formas particulares de ejercer la autonomía –sin entrar a presuponer un orden jerárquico entre ellas.

Dejando a un lado estas dificultades conceptuales intrínsecas al modelo estándar de autonomía, Felsen y Reiner concluyen que, en general, el primer fundamento de éste puede ser coherente con el conocimiento proporcionado por las neurociencias (2011: 6):

La idea de que las decisiones autónomas requieren la autentificación de los deseos de orden más alto es paralela a la naturaleza jerárquica del control neural postulada por la ECT. Mientras numerosos detalles siguen sin estar determinados, y no defendemos que los niveles específicos de deseos se corresponden precisamente con regiones particulares del cerebro, la ECT provee un marco de trabajo para determinar cómo las decisiones y las acciones pueden ser influenciadas por los deseos de nivel superior. Por ello, encontramos buen soporte neurobiológico para la viabilidad de que las decisiones sean controladas por una jerarquía de deseos, un importante componente del modelo estándar de toma de decisiones autónomas.

Otros autores del ámbito neurocientífico tienen visiones algo divergentes respecto a esta cuestión. Es el caso de Megan K. Ahern (2011) que rechaza la subordinación de las emociones –identificadas en el modelo autónomo como deseos de nivel bajo– a la razón, lo que le lleva a proponer un modelo alternativo en el que la relación entre ambos se aleja de la subordinación para acercarse a la interacción. Esta interacción formaría parte de un proceso que la autora denomina “acumulación de identificación” (*identification accrual*) y que se fundamenta en la idea de que las experiencias de decisiones van generando patrones de decisión con los que nos identificamos. Hasta aquí, más allá del añadido de la identificación, este proceso no parece demasiado diferente del que expone la ECT con sus “patrones de actividad”. Ahern considera que en esos patrones de decisión se incluyen las emociones asociadas a las experiencias y decisiones. Las emociones, según ella, pueden “estar entrelazadas con la cognición de los principios conscientes” a través de la identificación, de manera que tenemos “por lo menos, la misma tendencia a

identificarnos con nuestras emociones que con nuestras cogniciones” (Ahern, 2011: 53). Además, esta autora subraya que aunque este proceso tiene como resultado una “auto-caracterización” de carácter consciente, él proceso en sí mismo no tiene por qué serlo.

A grandes rasgos, lo que Ahern postula es que las emociones tienen el mismo peso que las cogniciones a la hora de evaluar experiencias anteriores de toma de decisión y, por extensión, a la hora de formar nuestra “identificación auto-reflexiva”, esto es, nuestra identificación con una forma de proceder en la toma de decisiones, con los principios de conducta que asociamos a nuestra identidad y que tendrán influencia sobre nuestras decisiones futuras. Rechaza, por lo tanto, la idea de que las emociones se correspondan con los niveles inferiores de la jerarquía de deseos, tal y como expone el modelo estándar de autonomía.

Podría trazarse un vínculo entre la identificación con los patrones de la que habla Ahern y la teoría que plantea Carissa Véliz (2011). Esta autora propone que, de la misma manera que el cerebro afecta a la agencia, estudios en neurociencias vienen insinuando que la conducta puede influir al cerebro, fenómeno éste que no parece diferir demasiado del de la génesis de los patrones del que hablaba la ECT.

Por lo visto hasta ahora, no está claro el orden jerárquico que se establece entre los deseos, ni la naturaleza de los deseos que se corresponden con cada nivel. Por ello, me parece poco acertado hablar de la existencia de una jerarquía y creo que puede que sea más razonable pensar en la existencia de una identidad individual relacionada con unos patrones de actuación que se van formando de algún modo a través de la interacción entre experiencias, cogniciones, emociones y contexto.

1.2.2 Racionalidad

Esta conclusión sobre el cumplimiento del primer requisito tiene influencia sobre la naturaleza del segundo, tal y como se había previsto. Aun así, dejando estas implicaciones a un lado –en la medida de lo posible–, se analizará ahora de manera más específica cómo ven las neurociencias la cuestión de la

racionalidad que la noción estándar considera indispensable para la aparición de la autonomía.

Es esto lo que hacen Felsen y Reiner. Consideran que la concepción tradicional de racionalidad se centra en el proceso deliberativo y explican que para que éste pueda ser denominado como racional debe tener “acceso a toda la información relevante y suficiente tiempo y recursos neurales para seleccionar la opción asociada con el mejor resultado previsto: las ventajas y desventajas de cada opción son sopesadas, y la más valiosa es seleccionada” (2011: 6). Una vez especificada la noción de racionalidad concreta que analizarán, admiten que, a pesar de que esta capacidad para la racionalidad ha sido demostrada en los humanos, también lo ha sido el hecho de que la mayoría de las decisiones cotidianas no son resultado del proceso descrito. Es decir, señalan que aunque los humanos tengamos la capacidad de proceder de esa forma a la hora de tomar decisiones, no lo hacemos habitualmente, por lo que, en general, nuestro comportamiento es incoherente con esta idea tradicional de elección racional (Tversky y Kahneman, 1981; Ariely, 2008).

De esta manera, exponen que los estudios realizados en neurociencias parecen mostrar que nuestras decisiones no son racionales en muchos casos y que las emociones y lo inconsciente tienen una gran influencia en el proceso deliberativo. Tratan de describir en mayor profundidad esta influencia mediante la presentación de una hipótesis acerca del papel que las emociones juegan en la toma de decisiones.

Se trata de la hipótesis del marcador somático (SMH¹⁷) elaborada por Antonio Damasio (1994, 1996) en la que se postula que la necesidad de acelerar el proceso deliberativo ha provocado que el cerebro humano utilice información de carácter irracional adquirida en decisiones anteriores. Más concretamente, lo que esta teoría plantea en palabras de Felsen y Reiner es que “el sistema nervioso ‘etiqueta’ (marca) el resultado de elecciones particulares con estados corporales (somáticos) particulares que pueden entonces ser usados para guiar decisiones futuras” (2011: 7). Es decir, que el resultado de una decisión se vincula, a través de los marcadores somáticos, a la respuesta emocional experimentada, de modo que en el futuro esta elección

¹⁷ *Somatic Marker Hipótesis*

posible estará asociada a una respuesta positiva o negativa y esto tendrá influencia sobre sus posibilidades de ser ejecutada nuevamente. De este modo, los marcadores somáticos harían de la toma de decisión un proceso rápido y eficiente, limitando o aumentando las posibilidades de elección de una determinada acción en base a las emociones generadas por ésta en experiencias anteriores.

Tal y como señalan Felsen y Reiner, es importante subrayar, por un lado, que no son solo las emociones de carácter instintivo las que ejercen influencia sobre las decisiones, sino que también las secundarias –aprendidas mediante un proceso de prueba y error– lo hacen; y, por otro, que esta influencia de las emociones, más que generar una respuesta estereotipada, altera las probabilidades de tomar determinadas decisiones.

Sin embargo, esta influencia es suficiente para perturbar significativamente la concepción tradicional del ser humano como ser plenamente racional y de su proceso deliberativo como ejercicio guiado y liderado por la razón. Por ello, Felsen y Reiner se apresuran a presentar diferentes resultados que matizan las conclusiones derivadas de la SMH y, con ellas, sus consecuencias, en un intento por evitar interpretaciones equivocadas o exageradas. En este sentido, subrayan que según la SMH no existe incompatibilidad alguna entre la toma de decisión emocional y racional, y hacen uso de unas palabras del propio Damasio en las que explica que “la acción de impulsos biológicos, estados corporales y emociones puede ser un fundamento indispensable para la racionalidad” (Felsen y Reiner, 2011: 8).

En la misma dirección van aportaciones de otros autores recogidas en el artículo como la de Marewski, Gaissmaier y Gigerenzer (2010) que consideran que los marcadores somáticos suponen una ayuda por el hecho de proporcionar una heurística para la toma de decisiones adaptables. Estas visiones están orientadas a mostrar las emociones como una herramienta para una toma de decisión eficiente y no como una amenaza para la racionalidad (Frank, 1988; De Sousa, 1990; Evans, Over y Manktelow, 1993; Chase, Hertwig y Gigerenzer, 1998). Un poco más lejos va Haidt (2001) al asegurar que las emociones pueden tener un mayor peso que el razonamiento lógico en la toma de decisión relativa a cuestiones morales de naturaleza compleja.

Todos estos resultados conducen a Felsen y Reiner a resumir las implicaciones de la hipótesis del marcador somático de la siguiente manera: “Por supuesto, la toma de decisión emocional puede no ser siempre consistente con la racionalidad; en algunos casos la confianza en los marcadores somáticos puede llevar a decisiones muy diferentes respecto a las que llevaría un proceso deliberativo tradicionalmente racional” (2011: 8).

Estas implicaciones parecen quedar minimizadas al sugerir que “dentro de este marco alternativo en el que la racionalidad depende del resultado de la decisión, las pruebas neurocientíficas respaldan la idea de que los individuos son capaces de tomar, y a menudo toman, decisiones racionales.” (2011: 8). Ese marco alternativo al que hacen referencia tiene que ver con el hecho de que Felsen y Reiner modifican la concepción de racionalidad que habían presentado al inicio de su examen¹⁸, en la que el carácter racional de una elección dependía de la naturaleza de su proceso, para valorar la racionalidad en base al resultado. Esta modificación les permite incluir los factores inconscientes en el proceso de elección sin que supongan una amenaza para la existencia de la racionalidad.

El modelo de la “acumulación de identificación” (Ahern, 2011), que ya se ha expuesto brevemente con anterioridad, muestra un nivel alto de compatibilidad con la SMH, en el sentido de que ambos destacan la importancia de las emociones en el proceso deliberativo y su influencia sobre las posibilidades de elección de cada una de las acciones en base a experiencias anteriores. Sin embargo, Ahern adopta una posición menos conservadora que la mostrada por Felsen y Reiner en su conclusión. Esta autora llega a cuestionar la supremacía de la razón en la toma de decisión al otorgar el mismo peso a las emociones –sean encubiertas o no–, lo que parece indicar que las decisiones individuales serían en su opinión menos racionales de lo que suelen considerarse.

¹⁸ Al inicio de este apartado (1.2.2) se veía cómo establecían como condición para la consideración de una decisión como racional el “acceso a toda la información relevante y suficiente tiempo y recursos neurales para seleccionar la opción asociada con el mejor resultado previsto: las ventajas y desventajas de cada opción son sopesadas, y la más valiosa es seleccionada” (Felsen y Reiner, 2011: 6).

Jodi Halpern (2011) se distancia un poco de esta postura y se muestra más cauta a la hora de evaluar el peso de las emociones en la autonomía. Considera que la influencia de las emociones no supone una amenaza para la autonomía, pero, matiza que la cuestión es diferente cuando las emociones llegan a reducir la capacidad de decisión del sujeto. Lo que viene a decir es que considera que la autonomía no está presente cuando las emociones adquieren un mayor protagonismo que la razón en el proceso de toma de decisiones, y apela a la capacidad empática y comunicativa de las y los profesionales para diferenciar estos casos de aquellos en los que las emociones simplemente ejercen una influencia y forman parte del proceso de toma de decisión. Esta diferenciación es problemática, pues parece bastante proclive a verse determinada por la subjetividad y valores del profesional.

A modo de conclusión del examen de este segundo requisito exigido por la noción estándar de autonomía es interesante recurrir a la síntesis realizada por Neil Levy ya en 2008. En el primer número de la revista *Neuroethics* este autor explica cómo los resultados extraídos de las neurociencias cuestionan la visión tradicional de la racionalidad y señala que lo hacen de manera doble. Primero porque “aparentemente muestran que nuestras acciones guiadas por razones son muchas menos de las que podríamos haber pensado” (Levy, 2008:2) y que “la aplastante mayoría de las acciones humanas son causadas por procesos mentales automáticos” (2008:3). Y, en segundo lugar, subraya que incluso los procesos más paradigmáticos de deliberación consciente, como los juicios morales, son menos racionales de lo que pensamos, ya que existen numerosas pruebas que muestran que utilizamos recursos inconscientes a la hora de evaluar argumentos y tomar decisiones, de modo que esta deliberación supuestamente racional se encuentra también mediada por lo irracional.

1.2.3 Influencias externas

De esta manera se llega al examen de la tercera condición que la noción estándar establece como necesaria para la presencia de la autonomía, esto es, la ausencia de influencias indebidas. En su artículo, Felsen y Reiner empiezan por diferenciar estas influencias según su procedencia, separando las surgidas en el entorno del individuo, de las que tienen origen en su interior (2011:8). Se

centran en las primeras para matizar que, pese a que toda decisión individual se ve influenciada por el entorno en el que se ubica, solo las que se dan de manera encubierta, actuando sobre el inconsciente, suponen una amenaza para la autonomía. Toda decisión está condicionada por el contexto del individuo que la toma, por su entorno familiar, social o cultural, entre otras cosas, pero Felsen y Reiner consideran que las que actúan fuera de la conciencia del sujeto, alterando los deseos de nivel superior de éste deben ser interpretadas como un atentado contra la autonomía (2011: 8).

Tras asegurar que existen numerosas pruebas que confirman la existencia de influencias encubiertas que afectan a las decisiones, Felsen y Reiner presentan ciertos ejemplos de condicionantes de este tipo. Por ejemplo, muestran diferentes resultados que confirman que la manera de presentar diferentes opciones influye de modo inconsciente sobre las probabilidades de ejecutar cada una de ellas, sugiriendo que las expectativas generadas, mediante la asociación a experiencias anteriores, también condicionan la percepción y el juicio (2011:9).

En base a estos resultados, Felsen y Reiner llegan a la conclusión de que “las decisiones pueden ser influidas de manera encubierta por factores externos”, y debido a que las consecuencias de esas influencias “ocurren fuera del conocimiento de la conciencia, no pueden ser neutralizados por los guías racionales de nuestras decisiones y comportamiento” (2011: 9). Aunque señalan que esas influencias no tienen por qué ser siempre perjudiciales, consideran que, según las investigaciones en neurociencias, “por lo menos algunas de nuestras decisiones no parecen ser tan libres de influencias indebidas como requiere el modelo estándar de autonomía” (2011: 10).

Tom Walker (2011) se muestra en desacuerdo con esta conclusión y defiende que los resultados de las neurociencias en relación a las influencias indebidas no suponen un problema para la autonomía, tal y como ésta se entiende de manera estándar. Fundamenta esta defensa en una diferenciación entre autonomía total y autonomía sustancial, que le permite limitar los márgenes del concepto y situar las consecuencias de las influencias fuera de ellos. Esta estrategia queda condensada en su argumento de que aunque “las pruebas neurocientíficas presentadas pueden mostrar que la toma de

decisiones no es totalmente autónoma en estos contextos, no muestran que la toma de decisión no sea substancialmente autónoma, y es esta autonomía la que es relevante en la práctica” (Walker, 2011: 56). Walker apunta que la influencia de factores fuera del control del individuo es aceptada por los autores vinculados a la noción estándar de autonomía, y que solo cuando esa influencia supera unos límites puede ser considerada indebida, o una amenaza para la autonomía. Sin embargo, el establecimiento de esos límites parece una cuestión bastante controvertida y Walker se ciñe a igualarlos con los de la voluntariedad.

1.2.4 Algunas conclusiones al respecto

Tras haber analizado la compatibilidad del concepto estándar de autonomía y de sus características con los resultados proporcionados por las neurociencias, la conclusión de Felsen y Reiner es que ésta no es completa. El desglose de esta conclusión, de manera análoga a lo realizado en el análisis, permite observar de manera más concreta la naturaleza de las incompatibilidades o debilidades de la noción estándar. En términos generales, se podría decir que, según estos dos autores, la primera condición se cumpliría con alguna matización, y que la segunda y la tercera encuentran más oposición en la neurociencia.

Es decir, consideran que se puede hablar de la existencia de procesos cerebrales de carácter jerárquico en la toma de decisiones y dan, de este modo, por superada la primera condición. Según lo expuesto en el apartado relativo a ésta, parece que el córtex prefrontal ocuparía la cima de esa jerarquía, pero no está del todo claro que no reciba influencia de niveles inferiores. Esta es la causa principal de que su conclusión respecto a la segunda condición, la racionalidad, no sea tan evidente, y lleguen a admitir que “las pruebas neurocientíficas solo sustentan la idea de que nuestras decisiones son racionales dentro de un marco fundamentalmente reconceptualizado de racionalidad” (Felsen y Reiner, 2011: 10). Reconceptualización que tiene que ver, sobre todo, con un aumento del peso que las emociones y lo inconsciente tienen en el proceso deliberativo y de toma de decisión.

Lo inconsciente es también, en gran medida, la causa de que no puedan dar por válida la tercera condición exigida por la concepción estándar de autonomía. Como se ha visto, pese a reconocer la capacidad humana para hacerlo, Felsen y Reiner, basándose en lo que muestran las neurociencias, concluyen que “muchas decisiones que son tradicionalmente consideradas autónomas no son necesariamente libres de influencias externas” (2011: 10). Por lo tanto, el tercero de los requisitos que exige la noción estándar de autonomía para que una decisión pueda ser considerada como tal se ve seriamente cuestionado tras el análisis de estos autores debido a que “la idea de que uno puede estar seguro de que cualquier decisión es libre de influencias externas es incompatible con las pruebas neurobiológicas” (2011: 11).

Por todo ello, consideran que sería interesante aprovechar el conocimiento extraído de las neurociencias para modificar y readaptar el concepto estándar de autonomía. Las modificaciones que sugieren van orientadas, principalmente, en dos sentidos: por un lado, destacan la necesidad de cambiar la idea tradicional de sujeto haciéndola más coherente con la visión del yo¹⁹ como “colección de procesos mentales conscientes e inconscientes” y “con la idea de que los mecanismos no conscientes contribuyen al control ejecutivo”; y, por otro, proponen entender la autonomía en un sentido más relacional, puesto que consideran que “valorar la interdependencia (Mackenzie y Stoljar, 2000) como un ideal a equilibrar con la autonomía individual en contextos específicos puede ser más coherente con la neurociencia de cómo tomamos decisiones” (Felsein y Reiner, 2011:11).

El análisis realizado por Felsen y Reiner, según el cual, el concepto estándar de autonomía es difícilmente compatible con el conocimiento extraído de las neurociencias, refuerza las propuestas de autores que abogan por modificar el concepto. Es el caso de Barton Mofatt que considera de gran interés el examen de las neurociencias, pero que llama la atención sobre el peligro de confundir la renuncia a ese concepto estándar de autonomía con una renuncia a la autonomía e invitación al paternalismo (Moffatt ,2011). Como solución propone generar un contexto que facilite la consecución de la

¹⁹ Concepto que se utilizará como traducción del concepto inglés *self*.

autonomía o sustituir el concepto estándar por uno más adecuado con los descubrimientos de las neurociencias.

Esta segunda vía es por la que abogan Moreno y Casado (2011), que ven en el análisis de Felsen y Reiner un refuerzo para su propuesta de un concepto de autonomía naturalizado y relacional. Por un lado, muestran su acuerdo con Felsen y Reiner en lo que respecta a los procesos infraracionales, al considerar que la racionalidad y las emociones son complementarias; apuntan que ambas forman parte de la identidad humana y que el mantenimiento de ésta es lo verdaderamente relevante para la autonomía. Y, por otro lado, defienden que esa identidad y, por lo tanto, la autonomía del ser humano, se construye de manera intersubjetiva, en relación con el entorno y los seres humanos que lo componen. De manera más específica, señalan que el “agente autónomo está literalmente auto-constituido por un proceso circular de interacción con el mundo exterior –incluyendo aquí las interacciones con otros seres humanos– y el estado corporal interno” (2011: 55). Es decir, proponen entender la autonomía de una forma naturalizada, dando cabida a las emociones, y relacional, concediendo un lugar a un contexto en el que los demás seres humanos tienen especial importancia.

Una vía parecida es la transitada por Nancy S. Jecker, que estima oportuno desechar la noción estándar de autonomía para sustituirla por una noción más coherente con lo que nos muestran las neurociencias. Con este fin propone una concepción de autonomía que contemple, por un lado, nuestro carácter múltiple y, por otro, nuestra condición de individuos construidos en relación con otros (Jecker, 2011). Es decir, se trata de un cambio de concepto de autonomía derivado de una nueva forma de entender el yo, más compatible con lo que las neurociencias vienen diciendo acerca de nuestra naturaleza.

Para superar las limitaciones que muestra el modelo jerárquico de autonomía, Jecker propone un modelo basado en el “núcleo psicológico” – *psychological core* (Noggle, 2005)–, una teoría que concibe a un individuo como autónomo cuando su acción o decisión está basada en un deseo estructurado en torno a ese núcleo psicológico. Tal y como explica Jecker, un núcleo psicológico “consiste en esas creencias que constituyen los principios de organización cognitiva más básicos y las asunciones y convicciones

fundamentales de una persona, junto con los deseos que constituyen las preocupaciones, compromisos y valores más profundos y significativos de esa persona” (Jecker, 2011: 51). A partir de aquí, la idea principal se asienta sobre la creencia de que el núcleo de una persona actúa como una estructura más o menos estable que sustenta el resto de sus elementos psicológicos y determina, de esta manera, sus elecciones y acciones. Estas acciones, al derivarse de ese mismo núcleo, tendrán unos rasgos característicos y una coherencia interna que permitirá vislumbrarlas como autodeterminadas. De modo que “cuanto más completamente se desarrolle el núcleo, mayor se hará la capacidad para la autonomía de la persona” (2011: 51). Jecker destaca que este modelo supera el problema de la regresión infinita y hace de la autonomía algo gradual, rasgo éste que parece compatible con los resultados neurocientíficos acerca del desarrollo cerebral y psicológico.

Además de dar cabida a las emociones, a través de este modelo, Jecker propone entender las influencias externas, prácticamente inevitables a juicio de Felsen y Reiner, como parte de la autonomía. Más concretamente, recurre a la corriente feminista de Mackenzie (2008) para postular que el yo se forma en relación con otros y que la autonomía, por lo tanto, no se basa en una racionalidad pura aislada de toda influencia interna o externa. En contra de esa creencia tradicional, considera que el “núcleo psicológico” puede contener tanto emociones como influencias de otros individuos y que, de esta manera, se superarían las debilidades del concepto estándar de autonomía, al mismo tiempo que se utilizaría un concepto coherente con el conocimiento proporcionado por las neurociencias.

También Sabine Muller y Henrik Walter, en un artículo publicado en 2010, proponen una solución parecida al problema. En este caso analizan otro concepto de autonomía clásico, el de Beauchamp y Childress –también los de Frankfurt y Kant, entre otros, pero prestan especial atención al anterior–, para concluir que no es válido en el contexto actual y necesita ser modificado. La modificación a la que se refieren consiste en añadir un cuarto criterio a los tres utilizados por la noción clásica, es decir, a los criterios de intencionalidad, entendimiento y ausencia de influencias controladoras. Ese nuevo criterio lo identifican con la ausencia de influencias coercitivas internas (Muller y Walter,

2010), un criterio que reconocen como difícilmente cumplible en su totalidad, pero que consideran indispensable para la exclusión de casos problemáticos que, de lo contrario, mantendrían la consideración de autónomos.

El reconocimiento de la inevitable presencia de influencias internas les lleva a entender la autonomía de forma gradual, de modo que la presencia de estas influencias internas solo atentaría contra la autonomía cuando superaran un determinado grado de coerción. El límite es difícil de establecer, dado que subrayan que “no existe una frontera nítida entre la autonomía completa, por un lado, y la completa ausencia de autonomía, por otro”, y que “el área gris entre ambas es larga, particularmente en psiquiatría” concluyendo, de este modo, que “el concepto de autonomía, no es ciertamente una propiedad categórica (presente o ausente), sino una propiedad gradual y cambiante de un individuo” (2010: 206).

Muller y Walter, proponen, por lo tanto, reelaborar el concepto en base a lo que las neurociencias nos dicen de ese cuarto criterio –de las influencias internas–, dando lugar a un concepto de autonomía natural de carácter gradual y, también, tridimensional. Este último rasgo se debe a que proponen tres criterios o dimensiones para la evaluación del grado de autonomía de cada acción. Es decir, la determinación del grado de autonomía de una acción estará basada en el nivel de satisfacción de estos tres criterios evidenciado en su proceso de toma de decisión.

La primera dimensión que fijan es la del alternativismo, que lo identifican con que el sujeto tenga la posibilidad de elegir entre diferentes alternativas o cursos de acción. La segunda dimensión a la que hacen referencia se corresponde con la inteligibilidad, es decir, que las elecciones estén basadas en “mecanismos internos que den cuenta de estados intencionales, esto es, motivos, deseos, razones, o deliberaciones que pueden ser conscientes o no” (2010: 209). Y la tercera dimensión que proponen es la de la autoría, de modo que sólo se podrá hablar de una acción autónoma si ésta es imputable a un sujeto. Subrayan que, aunque esto dependerá de qué se entienda por sujeto, se podrá hablar de un alto grado en la dimensión de autoría si la elección es consistente y originaria de “la colección de rasgos de carácter, disposiciones,

creencias y valores que definen el núcleo de un individuo específico” (2010: 209).

Si el proceso de toma de decisión de una acción evidencia un alto grado de cumplimiento de las tres dimensiones, estaremos, a juicio de los autores, ante una acción altamente autónoma. Sin embargo, y tal y como ya se ha mencionado, Muller y Walter no fijan una frontera concreta que permita separar inequívocamente las acciones autónomas de las no autónomas, puesto que consideran que eso no sería coherente con la naturaleza cambiante e inestable del ser humano y, mucho menos, en un ámbito como el psiquiátrico. Hay que mencionar que estos autores enfocan su propuesta en este ámbito, que consideran significativamente empapado de normatividad en su manera de proceder.

Se trata de un condicionante problemático y, en su opinión, infranqueable, puesto que los elementos normativos son a su juicio irreductibles. Por lo tanto, tal y como señalan, en una disciplina no basada exclusivamente en lo descriptivo u objetivo, la tesitura es la siguiente: si se establece el límite en un grado menor de autonomía, los pacientes tendrán más libertad para decidir, y si, por el contrario, se exigen niveles mayores de autonomía para aceptar la decisión del paciente, éste verá más restringidas sus posibilidades de actuación. Por ello, ante la imposibilidad de determinar cuál es el grado de autonomía suficiente para poder considerar una elección como autónoma, ellos proponen actuar de un modo consecuencialista que eleve el grado de autonomía exigido según la dureza e irreversibilidad de las consecuencias de cada acción. Esta propuesta es una versión del modelo de la “Escala Móvil de Capacidad” que se verá con mayor profundidad más adelante²⁰.

Como se ha podido comprobar, en este contexto, parece existir también cierto consenso en torno a la convicción de que este hecho no implica una renuncia a la autonomía, ni el consiguiente retorno al paternalismo. Y, el modo de conciliar ambas creencias es el establecimiento de un concepto de autonomía adaptado y coherente con el conocimiento proporcionado por las neurociencias.

²⁰ En el apartado 3.1.1.2.

Aunque las propuestas son, como se ha visto, numerosas, se pueden identificar ciertos rasgos comunes en ellas. Por un lado, todas responden a lo que los estudios en neurociencias evidencian acerca de la racionalidad otorgando un mayor peso a las emociones y lo inconsciente en sus propuestas. Y, por otro, afrontan la controvertida cuestión de las influencias externas recordando que somos seres contruidos en relación con otros, sustituyendo de esta manera la concepción más tradicional del yo como unidad aislada, por una de carácter relacional o interactivo.

Como es lógico, los cambios en la forma de entender la autonomía se fundamentan sobre los cambios en el modo de entender nuestra naturaleza que han generado las neurociencias. No puede ser de otra manera, porque es imposible trazar diferenciación alguna entre cómo actuamos y lo que somos. Ambas cuestiones son lo mismo, se construyen la una a la otra y se explican la una en relación a la otra. De manera que cualquier alteración en el conocimiento de cómo somos, es una alteración en el conocimiento de cómo procedemos y, entre otras cosas, en el conocimiento de cómo es ese proceso previo a nuestro proceder, ese proceso de toma de decisión sobre el que se fundamenta el concepto de autonomía.

Lo que está claro es, tal y como dicen Felsen y Reiner (2011: 12), que “la cuidadosa coordinación de cuestiones como la autonomía con el surgimiento de conocimiento de cómo el cerebro funciona proporciona una oportunidad singular para profundizar en nuestro conocimiento de la naturaleza de nuestra experiencia como humanos”. Y lo que también parece evidente es que los autores pertenecientes a este ámbito responden a ese conocimiento promoviendo un cambio en la concepción de autonomía. Un cambio con variantes particulares según cada propuesta, pero que si hubiera que caracterizar con unos rasgos comunes se identificaría con dos, principalmente: naturalización o corporeización y relacionalización o interactivización. Parece que se podría decir, en términos generales, que numerosos autores que trabajan en neurociencias proponen compatibilizar el concepto de autonomía con el conocimiento extraído de éstas estableciendo un concepto más naturalizado o corporeizado y relacional o interactivo.

Se analizará, ahora, si también se puede identificar cierta tendencia en relación a esta cuestión entre los encargados de trasladar estos cambios a la práctica. Es decir, se tratará de discernir si los especialistas que trabajan en la relación de la autonomía con la práctica médica llegan a alguna conclusión común respecto a la forma en que debería entenderse este controvertido concepto.

1.3 La autonomía en la ética médica: renuncia o adaptación²¹

La concepción de autonomía estándar también ha recibido críticas dirigidas específicamente desde el ámbito bioético, donde es considerada por muchos como inadecuada para este contexto. Entre estos se encuentra Diego Gracia (2012) que tras realizar un repaso de los distintos conceptos de autonomía, considera que ni el concepto griego, ni el kantiano, ni el jurídico son válidos para la bioética. Sobre este último añade que es el concepto que se usa habitualmente en bioética y se corresponde esencialmente con el consentimiento informado, por lo que se basa en asegurar información, capacidad y ausencia de coacción. Sin embargo, considera que se trata de un concepto de carácter legal insuficiente para satisfacer la naturaleza moral más profunda de la bioética, lo que le lleva a defender la necesidad de generar un cuarto y nuevo concepto de autonomía.

Si el concepto de autonomía estándar resulta problemático en general, por las razones previamente expuestas, lo es más aún en el entorno sanitario, en el que habitualmente participan individuos con ciertas particularidades que fortalecen las sospechas sobre el liderazgo de la razón e, incluso, sobre la conveniencia de éste. En este contexto, se pueden identificar dos tendencias generales entre las y los especialistas: unos abogan por limitar el peso de la autonomía, y otros, por establecer un concepto de autonomía adaptado a la naturaleza del contexto y de los individuos que interactúan en él. El debate es candente en la actualidad y se multiplican las propuestas situadas más o menos cerca de cada uno de los dos polos.

²¹ Parte del contenido de este apartado ha sido publicado con anterioridad. Véase García Zabaleta (2012), García Zabaleta (2014) y García Zabaleta y Casado (2012).

Alfred Tauber es un exponente de la tendencia más conservadora. Este autor estadounidense se encuentra entre quienes ven con escepticismo el creciente peso ganado por la autonomía y el debate surgido en torno a la publicación en castellano de su libro *Confesiones de un médico* (2011), en el que expresa su visión sobre la cuestión, puede servir para reflejar el estado del debate sobre autonomía en la bioética actual.

Este ensayo filosófico del médico norteamericano Alfred I. Tauber (2011) ha provocado un vivo debate entre profesionales de diversas disciplinas generalmente asociadas a las humanidades médicas, que puede seguirse en revistas académicas como *Eidon*, *Dilemata*, o el Boletín de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid. Este debate sirve como muestra a pequeña escala de la naturaleza de las tensiones entre las dos tendencias presentadas. Revisaré esta bibliografía para sintetizar la lectura de Tauber en el ámbito de las humanidades médicas en castellano, y extraer así algunas conclusiones sobre el debate principal, directamente relacionado con la comprensión del principio de autonomía en bioética.

A ese debate subyace el inevitable reto al que ha de enfrentarse la medicina actual, inmersa en un contexto drásticamente diferente al del pasado, y que la sitúa ante la compleja exigencia de actualizar su actividad, y el modelo ético que la rige, sin descuidar su función constitutiva. La necesidad de establecer una estructura ética en las ciencias relacionadas con la medicina es evidente en unos tiempos en los que los avances científicos han multiplicado las posibilidades de intervención sobre la naturaleza y la vida. El modelo paternalista, dominador hasta las últimas décadas del siglo XX, se ha visto superado por la evolución de una sociedad que ofrece posibilidades para que las diferencias entre expertos/as y legos/as se vean reducidas paulatinamente. La educación y las facilidades de acceso a la información y al conocimiento posibilitan que los individuos tengan una mayor conciencia sobre su salud y sobre sus derechos. El paciente rendido a la omnipotencia del médico va poco a poco desapareciendo para dejar paso a un individuo que demanda conocimiento y poder de decisión sobre las acciones que le afectan. Como consecuencia de este proceso, hace ya tiempo que la beneficencia se

encuentra bajo sospecha y que la voluntad de autonomía se expande entre quienes se encuentran en manos del personal sanitario.

Esta autonomía debe adaptarse a la naturaleza de la actividad asistencial o clínica, y de los sujetos que interactúan en ella, para lo que parece razonable pensar que tiene que partir de la consideración y cuidado de los rasgos biológicos, cognitivos y morales que se desarrollan en la relación del individuo con su entorno, incluyendo el entorno sociosanitario. Sin embargo, pese a que las llamadas al establecimiento de un nuevo modelo son cada vez más constantes, no acaba de definirse la manera en que la autonomía debería introducirse en él. La discusión está servida y frente a quienes abogan por la instauración de la autonomía como principio fundamental de la estructura ética subyacente a la actividad sanitaria, se encuentran los que defienden que ésta no es la alternativa adecuada para la función y la naturaleza de esta disciplina.

En este segundo grupo se inscriben Tauber y su ya mencionado libro publicado por primera vez en 1999 bajo el título *Confessions of a Medicine Man: An Essay In Popular Philosophy*. Su autor, el médico y filósofo estadounidense Alfred Tauber, presenta una propuesta de ética relacional como la más adecuada para la medicina y, además, desestima la validez de otras alternativas aplicables a este contexto, prestando una especial atención a las que conceden la centralidad a la autonomía del paciente.

Tauber es uno de los exponentes de las humanidades médicas en Estados Unidos, pero tiene una visión bastante poco optimista acerca del creciente peso adquirido por la autonomía en el ámbito médico. Tauber, formado como médico especializado en hematología y bioquímica, decidió inmiscuirse de manera profesional en la filosofía en busca de respuestas para los conflictos morales que le suscitaba el desarrollo de su profesión. Posteriormente su curiosidad filosófica la ha llevado a estudiar otros temas (se trata de un autor notablemente independiente, que funciona movido por sus propias obsesiones al margen de corrientes académicas), pero su trayectoria siempre ha girado en torno a algunos temas perennes: la identidad y la alteridad (tanto en filosofía como en inmunología), o la tensión entre los aspectos científicos y humanísticos de la medicina. Entre otros cargos, ha sido profesor de medicina y de filosofía en la Universidad de Boston y Director del

Centro de Filosofía e Historia de la Ciencia de la misma desde 1993 hasta 2010. Además, desde 2013 es Presidente de la Junta de Gobernadores de la Universidad de Haifa.

Desde la perspectiva que le proporciona su trayectoria como profesional sanitario, Tauber sospecha de las implicaciones que podría tener el establecimiento de un modelo basado en una ética autónoma en la medicina. Su libro, como él mismo confiesa, surge de la insatisfacción y el desencanto que le produce la deshumanización que ha sufrido la medicina –en especial la norteamericana– en las últimas décadas. Tauber considera que la decidida apuesta por el cientificismo y la objetividad que caracteriza la actividad sanitaria está muy alejada de lo que de ella debería esperarse. Sostiene que el paciente ha pasado a ser un objeto a los ojos de un observador objetivo que lo reduce a un conjunto de síntomas.

En este sentido, su postura se caracteriza por reclamar una base ética que reoriente la actividad médica hacia la que considera su función constitutiva, esto es, hacia el cuidado del paciente. Entiende que una relación ética entre el médico y el paciente es el fundamento sobre el que debe cimentarse la medicina y que, por lo tanto, es necesario articular el cuidado de la persona y de la enfermedad para que la dignidad del paciente recupere la centralidad que le corresponde. Esta propuesta, que comparte algunos rasgos con la obra de otros médicos-filósofos de origen judío, como Eric Cassell o Leon Kass, se enmarca en una voluntad transdisciplinar de conciliar epistemología y ética para la construcción de una base que asegure la subordinación de los avances científicos al ejercicio de la moralidad en todas las esferas de la actividad humana y que Tauber denomina “epistemología moral”:

Llamo a mi filosofía rectora una ‘epistemología moral’, que defino como el intento de atrapar la inextricable trama de nuestros valores personales en nuestro conocimiento y nuestros modos de conocer. Los valores no solo evolucionan a través del tiempo y las culturas; son lo que está en juego mientras surcamos y construimos el mundo en que vivimos. Entender este proceso nos proporciona la libertad potencial de ejercer la responsabilidad moral. (Tauber, 2011: 16)

Una filosofía que Tauber ha desplegado en gran parte de su obra posterior, pero cuyo punto de inicio y eje de expansión lo constituyen las páginas de *Confessions of a Medicine Man*. De modo que es en este libro donde el autor define las líneas maestras de su propuesta ética para la medicina y transmite por primera vez el mensaje de que “la autoconciencia ética, y el razonamiento moral imaginativo, son recursos profesionales que han de cultivarse para responder al desafío de defender la agencia moral en una época que no confía en fórmula alguna y duda de todas las autoridades” (Tauber, 2011: 13).

Este mensaje se completa de manera más formal en *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility* (2005), donde desarrolla su crítica de las nociones de autonomía actuales y la idea de que estas dependen de la construcción de identidad personal. Es decir, al igual que en *Confesiones*, desestima el valor de la ética de la autonomía y propone una ética basada en una construcción relacional de la identidad.

También en *Henry Thoreau and the Moral Agency of Knowing* (2001) el mensaje es parecido ya que, en este caso, explora la obra de este escritor y naturalista del siglo XIX para articular su propuesta de coordinar ciencia y humanismo, epistemología y moralidad. Y, en *Science and the Quest for Meaning* (2009) continúa por ese camino para defender la integración de la ciencia en la realidad social:

Me parece que puede trazarse una línea recta y continua que va desde *Confesiones* hasta *Quest*. El mensaje expresado una década antes en términos personales, terminó por aparecer bajo la forma de una filosofía humanista de la ciencia aplicable a nuestros días. (Tauber, 2011: 15-16)

1.3.1 La propuesta de Alfred Tauber

Como consecuencia de la publicación en castellano de este libro se ha generado un debate entre profesionales pertenecientes a diversas disciplinas relacionadas con las humanidades médicas. Su quinto capítulo, titulado “Hacia una nueva ética médica”, es el que ha centrado la mayor parte de las reacciones por ser el menos descriptivo y más propositivo; podría decirse que

es el clímax del libro, y de hecho es el capítulo que contiene las viñetas o episodios autobiográficos más provocadoras y personales.

En los capítulos anteriores, Tauber había descrito la situación desde la cual se escribe el libro: las convulsiones de un sistema sanitario cada vez más comercial y tecnificado, y los desafíos que ese sistema plantea a la identidad moral de las profesiones sanitarias. Hace un repaso al origen histórico de nuestras ideas sobre la autonomía, describiendo la transición desde el yo (*self*) puntual de Locke y Newton al yo orgánico de Nietzsche, y sus problemas. Estas concepciones modernas presuponen un yo previo a la interacción entre el yo y su entorno (que incluye a otros individuos), lo que las hace vulnerables a la crítica postmoderna heredera del romanticismo: el yo es contingente e impermanente, su constitución no es ajena al entorno, y esa inestabilidad afecta también a su autonomía. Por lo tanto, Tauber busca una concepción alternativa para la medicina, donde lo importante no sea tanto el yo sino el otro. Inspirado por Levinas, Tauber sostiene que el yo no es asunto de representación (como en Locke) o voluntad (Nietzsche), sino de relación.

Tauber propone volver a la interacción entre médico y paciente (p. 152). La viñeta en la que su padre cura al asesino nazi (mas no sin angustia) sugiere que para Tauber la vocación no es algo trascendente, sino la identificación con el núcleo moral de una profesión, y que en el caso de la medicina esta consiste fundamentalmente en curar y cuidar, junto a la serie de fines señalados por el ya clásico informe del Hastings Center (2004).

Esto nos lleva a una tesis central en el libro: en la enfermedad lo importante no son los hechos sino el sentido que adquiere para el paciente, cómo estos se integran en su experiencia subjetiva (p. 160), lo que encierra cierta similitud con la definición de sufrimiento según Eric Cassell (2004). El médico ha de ser algo así como un acompañante del enfermo, no como mero contemplador del sufrimiento, sino como “testigo empático” (p. 157), aquel que se identifica con el sufrimiento ajeno y trata en consecuencia de aliviarlo. Aunque este planteamiento tiene mucha similitud con el de Pellegrino y Thomasma (1988), Tauber tampoco concibe la beneficencia como principio rector de la ética asistencial, incluso cuando se da en condiciones de confianza

mutua entre profesional y usuario (p. 163). Lo que propone como conclusión podría esbozarse en tres puntos:

1. La relación asistencial viene dada como una relación de responsabilidad que emana de la empatía. Usando ejemplos de la literatura tanto clásica (Hawthorne) como contemporánea (Berger), Tauber subraya el carácter personal del encuentro entre médico y paciente, y el papel crucial que juega en él el reconocimiento mutuo.
2. La confianza es producto de esa empatía, y hace que la autonomía del paciente pase a un segundo plano. La viñeta en la que un médico enfermo se autoindica una dosis brutal de quimio funciona como una anomalía: claramente vemos que los médicos de la viñeta piensan que es un error, pero acatan la decisión del paciente, por respeto no a su autonomía sino a su autoridad como médico más veterano. De hecho, lo normal es la situación contraria, en la que la voluntad del paciente no prevalece por encima del juicio de las y los profesionales que le atienden.
3. La relación asistencial es esencialmente asimétrica. Con todo, compartir el fin de la medicina conlleva una cierta igualdad. el paciente necesita al cuidador para aliviar su sufrimiento pero este también le necesita para realizarse como profesional. Esto enlaza el final del capítulo con el siguiente, en el que Tauber propone dos respuestas a la pregunta fundamental: ¿por qué escuchar la llamada del otro, potencialmente infinita? Una de sus respuestas apela a la noción nietzscheana del eterno retorno, que interpreta como una metáfora de la también infinita responsabilidad ética, y la otra apela a la especial apertura al otro que define y satisface la identidad moral del profesional sanitario.

Prácticamente la totalidad de las voces surgidas en respuesta a las *Confesiones* comparten el diagnóstico general realizado por Tauber; muestran su acuerdo con la idea de que es necesaria una reorientación ética en la actividad médica, y manifiestan cierta preocupación por dar respuesta a las incertidumbres generadas en este contexto de cambio. En este sentido, el fenómeno de la objetivación del paciente y de su enfermedad, parece ser también una de las preocupaciones de las y los profesionales relacionados de

una u otra manera con el ámbito de la ética asistencial. Para Arantza Etxeberria (2012: 75) el argumento central de Tauber “es que la práctica de la medicina debe concebirse como una interacción entre sujetos y abandonar el modelo actual, que ha reducido esa interacción a una relación entre sujeto (médico) y objeto (enfermo)”. José Antonio Seoane (2012: 63) considera que Tauber identifica correctamente los problemas que azuzan a la medicina y que “señala con acierto que el positivismo médico y la separación hecho-valor son obstáculos para la adecuada configuración ética de la relación clínica”. También Azucena Couceiro (2012) se muestra de acuerdo con esa apreciación. La deshumanización de la medicina es, por lo tanto, una preocupación ampliamente compartida entre quienes reflexionan sobre la naturaleza de esta actividad y, del mismo modo, la búsqueda de soluciones para enfrentarla es vislumbrada como un objetivo prioritario.

Sin embargo, lejos de generar consenso, las vías de solución propuestas por el médico y filósofo estadounidense han despertado reacciones dispares entre especialistas y colegas, hasta el punto de que muchos de ellos no han dudado en distanciarse de ellas. Arrieta (2012a) identifica los dos factores que Tauber señala como causa de este fenómeno de deshumanización de la medicina: por un lado, el papel de la ciencia y la tecnología; y, por otro el protagonismo del principio de autonomía. Como veremos a continuación, ambas hipótesis resultan polémicas y han generado valoraciones y críticas bastante significativas.

Los avances tecnológicos y la supremacía del conocimiento científico han empapado la actividad médica en las últimas décadas, produciendo cambios significativos tanto en los medios como en las formas de actuación de las y los profesionales. Tauber defiende que este hecho ha contribuido a deshumanizar la relación entre el médico y el paciente, y que el cuidado empático de este último se ha visto desplazado por el análisis y el tratamiento objetivo de la enfermedad. Mabel Marijuán, desde su experiencia como profesional de la medicina, relata identificándose con el médico estadounidense la incertidumbre que invadió su día a día y el de muchos de sus compañeros de profesión durante esa época de cambio. De esta manera, explica cómo el ejercicio de su profesión se vio alterado por “los rápidos cambios en la tecnología y en el

modelo asistencial y, sobre todo, en las relaciones humanas” (Marijuán, 2012: 57).

Pese a coincidir con la preocupación de Tauber acerca de las consecuencias que puede tener la tecnificación de la medicina sobre la ética intrínseca a esta actividad, Rosana Triviño (2012) considera exageradamente dramática la forma en la que el autor estadounidense presenta el problema. Azucena Couceiro va más allá y se muestra especialmente crítica con la relación causal que Tauber establece entre ciencia y deshumanización de la medicina. Couceiro (2012: 36) defiende que el conocimiento científico forma parte de la ética médica al afirmar que “un buen fundamento científico es la primera exigencia ética de la Medicina”. En este sentido, explica que una buena base científica aumenta las posibilidades de acierto en la toma de decisiones, proporciona una mayor eficacia en las intervenciones médicas y que, por lo tanto, se constituye como el primer paso para ayudar al paciente. Es decir, rechaza la relación de oposición que Tauber establece entre ciencia y moralidad y destaca el potencial de la primera como herramienta al servicio de la segunda.

Couceiro hace hincapié en que la técnica y la tecnología no tienen ninguna responsabilidad sobre la deshumanización de la medicina, afirmando que es su uso equivocado basado en el error de percibir las como fin en sí mismas en lugar de como medio para otros fines lo que genera los perjuicios. Por este motivo concluye que “el desafío filosófico de la Medicina no sería tanto ir más allá de la ciencia y la tecnología, sino reubicar la forma en que se utiliza, sin perder de vista nuestro horizonte, los fines de la Medicina” (Couceiro, 2012: 37).

1.3.2 El rol de la autonomía

El segundo factor que Tauber sitúa en el origen de la deshumanización de la medicina es el que se encuentra más estrechamente vinculado con la temática de este trabajo y, también, el que más controversia ha generado, especialmente entre quienes han percibido en la propuesta del autor estadounidense cierto olor a paternalismo. El inmunólogo norteamericano

considera que el creciente peso otorgado a la autonomía del paciente en la actividad médica ataca la naturaleza moral de la relación entre médico y paciente que a su juicio constituye el núcleo de la medicina. Por esta razón principal, sostiene que el principio de autonomía no puede ser el eje en torno al que se construya la ética de la medicina.

Arrieta (2012a, 2012b) se muestra bastante próximo a Tauber en esta cuestión, al opinar que la autonomía liberal de carácter individual no es adecuada para la medicina. Arrieta considera que el uso del principio de autonomía liberal, centrado en la defensa de las decisiones individuales, genera bastantes problemas en la actividad sanitaria, debido que, además de dar lugar a la actuación defensiva de las y los profesionales, su utilidad es bastante dudosa para los enfermos.

Por ello, Arrieta (2012b) postula que el respeto a la autonomía del paciente no puede ser el núcleo articulador de la ética médica, por el hecho de que no se corresponde con las vicisitudes de una actividad en la que lo primero es la recuperación de la salud del enfermo, tanto para el médico, como para el propio paciente. Explica que “en estas situaciones de enfermedad o de salud débil o precaria, la autonomía pasa a un segundo plano por la sencilla razón de que está disminuida o comprometida” y que, precisamente por este motivo, “antes que respetarla, el médico intenta restituirla” (Arrieta, 2012b: 28).

Además, Arrieta subraya la relevancia de valorar la cualidad de las decisiones a la hora de promover la autonomía y de superar las dificultades que surgen en un contexto en el que la capacidad de decisión del sujeto ha sido mermada. Por ello, considera que “tomarse en serio la autonomía del paciente es hacer todo lo necesario para que sus decisiones sean lo más meditadas, prudentes y razonables que sea posible” (2012b: 29) y que ese es el camino que ha de seguirse en la medicina. Tal y como se puede intuir en base a esta afirmación, para este autor, no es la autonomía de carácter liberal la que debe promoverse en la actividad sanitaria, sino una autonomía que vaya más allá del respeto de la voluntad individual y que invite a que esas decisiones sean lo más razonables posible. La información se postula como un factor esencial para este fin y el respeto a la autoridad teórica es, en su opinión, un elemento al que no se puede renunciar.

Lydia Feito (2012) tampoco se aleja demasiado de esta visión. Otorga un papel central a la confianza en la relación entre médico y paciente, y, en gran medida por ello, entiende que la ética relacional propuesta por Tauber puede encajar con la naturaleza de la actividad sin caer en el paternalismo. Concretamente, expone que el hecho de que esta relación no se dé en términos de estricta igualdad no implica una vuelta al paternalismo, ni una negación de la autonomía, ya que entre los objetivos que el médico debe marcarse en el proceso de cuidado del paciente se encuentra, precisamente, la restauración de su autonomía.

Es verdad que la relación clínica se plantea como asimétrica y la responsabilidad recae del lado del médico. Pero esto no significa que haya de ser paternalista: la autonomía del paciente se debe respetar porque forma parte del bien del paciente. (Feito, 2012: 48)

Al igual que Tauber, considera que al depositar su confianza en el médico, el paciente renuncia a una porción importante de su autonomía. Sin embargo, como ya se ha visto, no considera que esta entrega de la autonomía del paciente al personal sanitario suponga una contribución al paternalismo, sino que defiende que simplemente responde a las vicisitudes de una relación asimétrica fundamentada sobre el binomio confianza-responsabilidad. Aún así, reconoce el riesgo de que esta relación caiga en el viejo paternalismo y, por ello, subraya la necesidad de mantener una actitud relacional en la que jueguen un papel esencial aspectos como la comunicación, la cercanía y la confianza. De modo que, lo que Feito propone es una conjunción equilibrada entre ayuda y respeto como guía de la actividad del médico.

La responsabilidad principal del médico es encontrar un equilibrio entre la ayuda al enfermo –con su arsenal de técnicas y conocimientos, pero también con sus capacidades de comunicación– y el respeto a sus valores y decisiones, sin el que incurriríamos en un paternalismo inaceptable. (Feito, 2012: 50)

Otros autores, en cambio, muestran su rechazo a la forma en que Tauber entiende la autonomía en la bioética, y apelan a la existencia de concepciones de autonomía menos reduccionistas que la liberal para alejarse de la valoración

que el autor estadounidense hace de las implicaciones que el ejercicio de la autonomía tiene sobre la práctica médica.

Este es el caso de José Antonio Seoane, que se distancia de la posición de Tauber por considerarla implícitamente paternalista. El hecho de que Tauber no acepte la presencia de la autonomía como complemento de los elementos en los que fundamenta su visión de la relación clínica –competencia, compasión, responsabilidad y confianza– es el motivo en base al que Seoane justifica su oposición a la propuesta del médico estadounidense. Un elemento clave de la tensión lo constituye el hecho de que este autor considera que Tauber comete el error de simplificar y reducir el concepto de autonomía, en un intento por demostrar su inutilidad como factor participante de la relación médico paciente, y que su emparejamiento con la objetividad científica y con la objetivación del paciente no es más que una consecuencia de esta voluntad.

Seoane (2012: 64) se opone a esa visión simplificada e incompleta de la autonomía, y defiende su valor e indispensabilidad como elemento regulador de la relación, debido a que “no existe autonomía plena, pero sí pacientes y médicos conscientes de que la síntesis de autonomía y dependencia es propia de nuestra condición humana”. Siguiendo esa línea, sostiene que no puede establecerse una verdadera relación clínica a menos que se reconozca la autonomía del paciente y, de esta manera, su valor “como persona y agente moral” (Seoane, 2012: 65). En este sentido, explica que la responsabilidad a la que constantemente hace referencia Tauber no tiene que recaer exclusivamente sobre el médico y que reconocer la autonomía del paciente es la forma de otorgársela también a él. Para Seoane (2012: 65) “cabe admitir la asimetría médico-paciente desde una perspectiva epistemológica, pero no es cierta ni aceptable desde una perspectiva axiológica o ética”.

Además, destaca, en contra de la opinión de Tauber, que la confianza del paciente hacia el médico no surge de su renuncia a la autonomía, sino de la actividad en los ámbitos de relación en los que ésta se encuentra debilitada o ausente. También hace hincapié en que esta confianza no debe estar asegurada, sino que tiene que ser el médico con su actuación quien se haga acreedor de ella.

Esta opinión es plenamente secundada por Azucena Couceiro (2012), que advierte de que la entrega de porciones de autonomía por parte del paciente parece derivar en un paternalismo bastante alejado del ideal bioético y que, por lo tanto, la confianza debe ganarse durante el proceso de relación. Es el término *alianza* el que, tomado de la obra de Adela Cortina, Couceiro utiliza para sintetizar su visión acerca de cómo debe ser la relación entre médico y paciente.

Es necesario retornar a una versión diferente de los vínculos humanos, la versión de la alianza, que es la del reconocimiento mutuo entre quienes toman conciencia de su identidad humana, lo que genera obligaciones y responsabilidades respecto de ese otro yo. Relaciones recíprocas y respetuosas, y por ello horizontales en su reconocimiento y en su capacidad de tomar decisiones. (Couceiro, 2012: 39)

Por otro lado, Couceiro defiende que la conjunción entre conocimiento teórico y habilidades prácticas aumenta las posibilidades de generar confianza en el paciente, y de que, en consecuencia, se cumpla la función de la medicina, algo que, a su juicio, la propuesta tauberiana tampoco garantiza.

Entre esas características que ha de tener un buen profesional médico ubica Rosana Triviño (2012) el respeto a las decisiones del paciente como un rasgo más orientado a la búsqueda de su bienestar. Triviño se sitúa en oposición a Tauber al considerar que el respeto de la autonomía contribuye a generar una ética más incluyente y que, incluso cuando las facultades individuales se ven mermadas por la enfermedad, es deseable poder mantenerla. Critica la propuesta tauberiana por considerarla un intento de regreso al ya superado paternalismo y propone una ética en la que el respeto de la autonomía sea un pilar esencial de la relación médico-paciente. En este sentido, defiende que “para evitar caer en el paternalismo radical de otras épocas y trascender el desequilibrio de poder entre médico y paciente, es necesario entender la relación de cuidado desde el respeto a su capacidad de autodeterminación” (Triviño, 2012: 70).

Pese a compartir la preocupación de Tauber por la cientifización de la ética médica piensa que “achacar la causa de la situación al desarrollo de la autonomía es una selección perversa” (Triviño, 2012: 70). Al mismo tiempo,

rechaza la vocación médica a la que Tauber hace alusión como cualidad indispensable para la reorientación y saneamiento de la actividad médica por considerar que tiene un tinte metafísico que la hace difícilmente medible, y que existen además otras cualidades teórico-prácticas con mucha mayor relevancia para el correcto ejercicio de la profesión.

Cuando se achaca a la autonomía del paciente y a la falta de vocación de los profesionales la causa del deterioro de las relaciones se está insistiendo en dos de las múltiples variables que intervienen en la explicación de un fenómeno muy complejo. En consecuencia, el diagnóstico queda incompleto y la propuesta de solución parece limitarse a una reducción de los derechos del paciente y una exigencia idealista: el amor universal. (Triviño, 2012: 72-73)

Asimismo, esta autora subraya que la autonomía es ya de por sí relacional y que por ello hablar, como hace Tauber, de “autonomía relacional” no tiene demasiado sentido. Triviño concluye que lo que el autor estadounidense promueve en realidad es un retorno hacia la ética médica de hace décadas, más que una reorientación del ejercicio médico basado en una nueva ética de carácter relacional. Por lo que percibe que el paternalismo está muy presente, aunque sea implícitamente, en una propuesta que parece defender la antigua ética médica.

Arantza Etxeberria (2012) va más allá, y, apoyándose en la biología, presenta una solución conciliadora de ambas visiones. Propone una concepción de autonomía que cambia radicalmente el sentido de la propuesta tauberiana y que parece dar así respuesta a las principales carencias que encontraban en ella gran parte de los participantes de este debate. Concretamente, Etxeberria propone interpretar la concepción de autonomía utilizada por Tauber como si incluyera la ayuda médica. Es decir, pretende mostrar que si se entiende la identidad de una forma relacional, y la salud individual como algo compuesto tanto por factores internos como externos, se puede llegar a una concepción de salud que dé cabida a la intervención médica y a una de autonomía que aglutine la relación médico-paciente.

Etxeberria se apoya en la inmunología –materia que constituye la especialidad de Tauber– para explicar, y al mismo tiempo sostener, su

propuesta. En este sentido, expone que en estudios recientes en inmunología se ha comprobado que “biológicamente la identidad consiste en un proceso dinámico complejo que tiene que admitir elementos que intuitivamente parecen heterogéneos o externos” (Etxeberria, 2012: 77). De manera que la identidad biológica parece ir definiéndose mediante su propia actividad y a juicio de Etxeberria este hecho nos da pie a interpretar la salud de una manera análoga. Es decir, de esta manera, la salud podría entenderse como un estado dinámico que va definiéndose también en interacción con su entorno y que da cabida a factores externos tales como la intervención médica. Del mismo modo que la autonomía del paciente podría incluir las decisiones médicas que contribuyan a restituir su salud y su capacidad autónoma.

Así como el sistema inmune define la identidad biológica en su propia operación, sin considerar si los elementos propios son genéticamente homogéneos o son espaciotemporalmente continuos, así la autonomía del paciente o del enfermo que requiere atención médica puede realizarse en interacción con el médico que le atiende, porque esta intervención posibilita la realización de la identidad autónoma del enfermo. (Etxeberria, 2012: 78)

Si se entienden la autonomía y la salud de este modo, parece que la propuesta de Tauber y su defensa del cuidado del paciente, fundamentado en factores como la responsabilidad y la confianza, podría dar cabida también al respeto a la autonomía del paciente y responder así a las demandas de Couceiro, Triviño o Seoane. Por lo que, según Etxeberria, la propuesta tauberiana “se podría reescribir diciendo que la biología del paciente debe integrar el cuidado del médico para poder preservar la vida o aliviar el sufrimiento” y ese hecho implica “dejar de pensar en la autonomía como independencia y pasar a concebirla como interdependencia”.

Para clarificar los comentarios anteriores es necesario recordar las intenciones de Tauber con su libro. Este no es un manual de bioética al uso, sino una llamada de atención, basada en su experiencia personal, destinada a recuperar lo que podríamos llamar el “grado cero” de la ética asistencial –la relación entre profesionales sanitarios y usuarios de la sanidad– en un contexto que ha cambiado radicalmente en pocos años. Tauber quiere dotar a una

medicina que ya es postmoderna de una ética que sea posmoderna también. Como con acierto señala Seoane, la “nueva” ética médica de Tauber consiste fundamentalmente en “recuperar la voz ética”. En contraste con las éticas modernas, que enfatizan la forma (Kant) o la materia de la deliberación (consecuencialismo), Tauber plantea una ética situacionista en la que se trata de dar voz al paciente y prioridad en tanto que otro. Y para ello Tauber recluta tanto a Levinas como a Nietzsche.

El libro es abiertamente nostálgico y de hecho el libro comienza recordando un “pasado nostálgico y aparentemente remoto si lo miramos desde nuestra situación actual” (p. 24). Pero esa nostalgia no tiene por qué ser paternalista, tal como sugieren Seoane y Triviño. Como nos recuerda Feito (2011), Tauber no rechaza la autonomía de los pacientes, sino que pueda presentarse en condiciones de igualdad con las y los profesionales sanitarios:

Tauber se inscribe en esa corriente que no renuncia a la autonomía del paciente, pero que, sin retornar al paternalismo, considera que no es posible pensar en relaciones de estricta igualdad entre médico y enfermo. El médico es un agente moral, cuya responsabilidad es poner sus conocimientos al servicio de la restauración de la autonomía del paciente que, por el mero hecho de enfermar, ya puede estar amenazada. Por eso la relación no puede ser simétrica. El paciente espera del cuidador que le ayude a recuperar su salud, su identidad, su autonomía. Y esta es la razón de ser de la propia medicina. Y es también un modo de crecimiento y desarrollo personal para el propio médico. (Feito, 2011: 15)

El propio Tauber dice que la solución no es volver al paternalismo (p. 167) y que no tiene nada contra la autonomía del paciente, sólo que la considera una base insuficiente para la medicina. El libro está lleno de ilustraciones de este punto, cuya aplicación más gráfica se encuentra en el episodio en el que Tauber relata su propia experiencia como enfermo. Precisamente sus conocimientos médicos le impedían tomar una decisión, y tuvo que ser su médico el que decidiera por él. Aunque tal vez aquí haya cierto sesgo introducido por la especialización de Tauber como médico de Hospital; así, en su reseña del libro, una médico de atención primaria detecta distintos modos de entender el sentido de ser o estar enfermo dependiendo del ámbito de ejercicio del médico:

Poco deben tener que ver la interpretación de un inmunólogo (y en general de la medicina hospitalaria) más centrado en lo biológico y en la pérdida aguda de función o capacidad, y la interpretación del significado de ser o estar enfermo percibido por una médica de familia, más centrada en los aspectos biográficos, sociales, familiares, laborales y relacionales, más centrada en la persona y más empeñada en 'ayudar para que no la necesiten'. (Ogando, 2012)

Visto desde esta última perspectiva, Ogando encuentra que el concepto de enfermedad es “mucho más amplio y más consciente no solo de las carencias y necesidades sino también de los recursos y fortalezas de los pacientes (a los que con carácter general encuentro bastante dispuestos a participar en la toma de decisiones si esta participación se ve de algún modo facilitada o promovida en lugar de censurada)”. En cualquier caso, y como reconoce el propio Tauber, la de la autonomía es una “cuestión muy problemática” (p. 167). Su objetivo no es resolverla, sino “identificar propiamente lo que está en juego” (p. 147). Para ello, la clave a su juicio estriba en “cómo definir la confianza profesional” (p. 167). Por supuesto, la autonomía bien entendida es siempre relacional (Triviño); el problema detectado por Tauber y por tantos otros y otras es que la noción de autonomía liberal que hemos heredado de la tradición política no es tan relacional como debiera. Bien entendida, la autonomía requiere interdependencia, pero a menudo se la concibe como mera independencia. A juicio de Arrieta (2012a), el médico norteamericano exagera voluntariamente la oposición entre ética autónoma y ética relacional, porque más que sobre la ética médica busca poner el foco sobre la relación filosófica entre médico y paciente.

Otra clave la da el propio Tauber en 2011, cuando menciona que en su libro de 2005 “las diferentes nociones de autonomía dependen de cómo se construya la identidad personal” (p. 14). Esto es algo dicho en otros términos por Etxeberria, que interpreta a Tauber desde la filosofía de la ciencia (y de la medicina, pero desde fuera de la ética) para subrayar la relación entre autonomía y conceptos de salud y enfermedad. Esto solo es posible “si se reformula la noción de autonomía en base a una noción de identidad más amplia y flexible” que permita concebir a los sujetos como organismos

biológicos insertos en un contexto social en el que su estado de salud está condicionado por la interacción con el sistema sanitario.

En definitiva, siempre es instructivo ver cómo varias personas leen un libro de manera independiente pero alcanzando un notable consenso. Y cómo, a pesar de las divergencias, esa lectura hace posible la colaboración, cómo el problema detectado por unos es abordado por otros. Por ejemplo, la separación que hace Tauber entre ética y tecnociencia, criticada por Couceiro, es resuelta por Etxeberria al reinterpretar la llamada a la ética de Tauber en términos que afectan a la propia ciencia implicada en la actividad médica.

Del mismo modo, es patente que la conjunción entre autonomía y beneficencia sigue siendo la fuente principal de esas divergencias. Aunque existe cierto consenso acerca de la necesidad de dejar atrás definitivamente el paternalismo, el disenso en torno al papel que la autonomía debe jugar en el ámbito sanitario sigue vigente, hasta el punto de que algunos autores parecen considerar difícil conciliar su presencia con el cumplimiento de los objetivos de la medicina.

Además, por si la búsqueda de una solución para este conflicto no entrañara suficientes dificultades, existe una complicación de base que convierte la tarea en una especie de laberinto con innumerables caminos y pocas salidas certeras. Esta complicación no es otra que la falta de una concepción consensuada de autonomía.- Papacchini (2000) explicaba que “la importancia creciente que va adquiriendo la autonomía, principio básico de la democracia y valor prioritario en la esfera privada, contrasta con la multiplicidad de acepciones de este concepto” y que esto suscita las críticas de quienes apoyándose en “la ambigüedad e indefinición de un concepto utilizado con múltiples acepciones, ponen en entredicho la posibilidad de llevarlo a la práctica”.

Lo cierto es que la situación no ha evolucionado demasiado, y el hecho de que cada autor acuñe una concepción diferente de la autonomía bioética complica mucho la tarea, y genera dificultades incluso a la hora de comparar las similitudes y diferencias de cada propuesta. La ausencia de una base común sobre la que ir articulando las aportaciones de los diferentes especialistas en la materia dificulta la construcción de una propuesta sólida y

consensuada. Por ello, se vislumbra como indispensable fijar una concepción de autonomía para la bioética que establezca las interpretaciones particulares en torno a un mismo objeto de debate. Si el objeto del problema no está claro, difícilmente podrá estarlo la solución.

Este hecho vuelve a hacerse patente a la hora de analizar el debate surgido en torno a la propuesta de Tauber en sus *Confesiones*. Tal y como se ha visto, al examinar las visiones expuestas por los autores se comprueba, de forma evidente en más de un caso, la existencia de una diferencia de base en la concepción de autonomía adoptada por cada cual, ya que mientras unos la entienden en términos liberales, otros optan por concepciones más adaptadas a la naturaleza de la actividad. Factor éste que condiciona de forma notable la interpretación y valoración de la propuesta del médico y filósofo norteamericano.

Hasta que no se defina claramente lo que se entiende por autonomía en la bioética, será difícil definir rigurosamente sus límites. Si tomamos por autonomía lo que Tauber entiende como tal –la concepción liberal–, parece evidente que nos encontramos con algunos problemas de no fácil solución. Ante este escenario, son, principalmente, dos las vías de conciliación: la primera, encontrar una concepción de autonomía más adecuada al ámbito bioético; y, la segunda, y la tomada por Tauber, volver al “grado cero”, renunciando a la centralidad de la autonomía y buscando apoyo en teorías más relacionales (como la de Levinas). Y todo ello sin retroceder al viejo paternalismo, lo que de ninguna manera sería una solución.

No son vías mutuamente excluyentes. Etxeberria y Casado (2008) consideran que el punto de partida de una concepción adecuada para la bioética tiene que ser la autonomía biológica que identifican con el respeto a las particularidades ontológicas y epistemológicas constitutivas del individuo autónomo, pero que sólo se desarrolla y ejercita en relación, interactuando con su entorno (que, naturalmente, incluye a otros sujetos igualmente autónomos). Esta es una concepción abiertamente naturalista que difiere bastante de la vía adoptada por Tauber, pero que tampoco se encuentra en oposición, al menos en tanto que el cuidado del paciente se encuentre vinculado al cuidado de su autonomía biológica, cognitiva y moral.

Diego Gracia (2012) afronta el problema de la multiplicidad de concepciones de autonomía existentes y la ausencia de una particularmente apropiada para la ética. En este sentido, considera que el objetivo de la ética ha de ser generar seres humanos capaces de tomar decisiones autónomas y responsables por sí mismos, sin ninguna otra motivación externa. Su propuesta se diferencia de la de Etxeberria y Casado por el hecho de que, en vez de adoptar al sujeto como objeto de la autonomía, opta por la evaluación de las acciones para evitar así entrar en terreno metafísico y facilitar su aplicación a las cuestiones de tipo moral. Por ello, a la hora de proponer una concepción de autonomía adecuada para ese contexto, toma la determinación de hablar de acciones autónomas y no de personas autónomas, defendiendo que, para que una acción pueda ser considerada como tal, tiene que cumplir con tres condiciones: que sea *postconvencional*, *intradirigida* y *responsable*.

Con esta propuesta se supera el supuesto problema que supone el hecho de que la autonomía del paciente se encuentre mermada por la enfermedad, ya que se expone, claramente, que el médico debe promover la recuperación de esa autonomía o, por lo menos, la toma de una decisión lo más autónoma y responsable posible. Por lo que Gracia no resta protagonismo al papel del médico en la relación con el paciente, ni a su responsabilidad como profesional, lo que hace es enfocar ambos factores al ejercicio de la autonomía. Es decir, lo que estaría defendiendo es la centralidad de una autonomía fortalecida por la relación médico-paciente o, dicho de otro modo, la presencia de acciones autónomas promovidas por el profesional.

1.3.3 Hacia una autonomía relacional y particular

Profesionales pertenecientes a distintas disciplinas relacionadas con las humanidades médicas han mostrado sus acuerdos y discrepancias con la propuesta de Tauber, en una discusión en la que el papel de los avances científicos y de la autonomía constituyen los principales puntos de tensión. El rol de la autonomía es el aspecto más directamente relacionado con la temática de este trabajo y, por ello, se ha prestado especial atención al debate surgido en torno a esta cuestión con la intención de identificar algún rasgo o tendencia general al respecto entre quienes trabajan en este ámbito.

Lo cierto es que, en este sentido, resulta destacable el consenso a favor de la autonomía relacional evidenciado entre los autores, unos reclamando la necesidad de modificar el concepto en esa dirección y, otros, directamente, entendiendo ya la autonomía en términos relacionales. Del mismo modo, se ha podido observar que, en este contexto, se concede una importancia capital a la experiencia personal y se defiende la trascendencia de otorgar valor a la individualidad o singularidad, al modo particular en el que cada individuo experimenta cada situación dependiendo de su contexto, vivencias, o naturaleza particulares.

Y, por encima de todo, se ha comprobado que para clarificar y avanzar el debate, sería interesante el establecimiento de un concepto de autonomía adaptado a la naturaleza de la relación asistencial, que parta de la consideración y cuidado de los rasgos biológicos, cognitivos y morales que se desarrollan en la interacción del individuo con su entorno (Moreno y Casado, 2011).

La cuestión es compleja y diversas las aristas a limar, pero la renuncia al creciente peso adquirido por el principio de autonomía es un precio demasiado elevado que no es ni mucho menos compensado por su simplicidad como solución. De modo que el camino a seguir para la búsqueda de una solución convincente debe partir del establecimiento de una concepción de autonomía más adaptada a la naturaleza de la bioética –y a la de los protagonistas de esta actividad–, que permita determinar sus ventajas o limitaciones para la práctica. Será en ese momento cuando pueda definirse la relevancia del papel que debe jugar en la bioética, y solo su ejercicio permitirá conocer dónde se halla un límite con el que modelos anteriores ya se han topado.

1.4 Un concepto de autonomía para la psiquiatría actual

En lo que va de capítulo se ha comprobado que la ausencia de un concepto de autonomía consensuado y adaptado al estado del conocimiento actual es un hecho tan real como problemático para la ética médica.

Por un lado, se ha observado que las neurociencias dejan al descubierto las debilidades del que habitualmente se ha tomado por concepto estándar de

autonomía, al evidenciar que los criterios tradicionalmente utilizados para la consideración de una decisión como autónoma son difícilmente cumplibles a la luz de los resultados de diversas investigaciones relacionadas con el proceso de toma de decisión. En este sentido, las debilidades se localizan en dos aspectos, principalmente: en el excesivo peso que se le ha venido otorgando al papel de la razón; y, en la poca consideración de las que prácticamente se revelan como inevitables influencias externas.

Estas deficiencias estas que provocan la génesis de ciertas tendencias generales entre los que trabajan en este ámbito. Como respuesta a la primera, se propone naturalizar o corporeizar el concepto, reivindicando la importancia del papel de las emociones y lo inconsciente en el proceso deliberativo. Y, a causa de la segunda, son muchos los autores que consideran necesario entender el concepto de autonomía de un modo más relacional e interactivo.

Por otro lado, el debate acerca de la autonomía y de su papel en la ética médica ha mostrado que parece imprescindible la construcción y el establecimiento de un nuevo y más consensuado concepto de autonomía. La ausencia de un concepto de autonomía unificado y adaptado a las vicisitudes de la actividad complica, en gran medida, las discusiones y debates acerca del rol que la autonomía debe cumplir en el modelo de relación propio del contexto médico. Además de ello, se ha podido identificar entre los autores una voluntad patente de que se entienda la autonomía en términos relacionales y de que se conceda la relevancia que acredita a la individualidad, a la forma particular en que cada individuo experimenta y siente una situación determinada debido a su contexto, experiencias y naturaleza particulares.

La convergencia de estas dos conclusiones desemboca en la convicción de que el establecimiento de un concepto de autonomía *interactivo*, *corporeizado* y *particular* o *singular* sería lo más adecuado para la ética médica. Con el adjetivo *interactivo*²² se hace referencia a la consideración de

²² Por lo comprobado en la bibliografía utilizada, parece que el concepto de autonomía interactiva es más utilizado en el ámbito de las neurociencias y el de autonomía relacional en la bioética. En el presente trabajo se ha decidido hablar de autonomía interactiva debido a que se entiende que es más adecuado a lo que se pretende expresar. Las relaciones interpersonales se consideran aquí como un tipo de interacción, por lo que lo interactivo incluiría lo relacional. Del mismo modo, al dar cabida a las interacciones con el entorno o el contexto, se asume que se trata de un concepto de autonomía contextual.

que la autonomía emerge de manera interactiva, a través de interacciones con el entorno y el resto de individuos que forman parte de él. La corporeización²³ se refiere a la inclusión de los factores inconscientes, emocionales o fisiológicos en la autonomía, en la extensión de la cognición del cerebro a todo el cuerpo que, como se acaba de explicar, se concibe como una entidad abierta y en continua interacción con su entorno. Y, por último, con particular²⁴ se pretende hacer alusión a que la autonomía es ejercida de una manera singular por cada individuo, debido a su singular naturaleza.

En este apartado se intentará concretar esta convicción en una propuesta que dé respuesta a las necesidades detectadas de forma coherente con el estado de conocimiento observado. Para ello, primero se revisará la aportación de un autor que apunta a ser interesante para la realización de esta tarea. Y, finalmente, se intentará proponer una concepción de autonomía resultante de todo lo anterior.

1.4.1 La visión de Nietzsche: una fuente interesante para la construcción del nuevo concepto

Una vez identificadas las debilidades del concepto de autonomía y los aspectos a mejorar, se plantea como un ejercicio interesante escarbar en la filosofía en busca de propuestas que puedan ayudar a rellenar el vacío generado por la

²³ Aunque se ha valorado la opción de hablar de naturalización para hacer referencia a este fenómeno, a la inclusión de los factores inconscientes en la autonomía, se ha considerado más específico el concepto corporeización, ya que se entiende por naturalización un proceso más amplio de correspondencia con la naturaleza humana que probablemente podría dar cabida a las tres modificaciones propuestas (interactivización, corporeización y particularización). Cuando en este trabajo se habla de naturalizar la autonomía, se está haciendo referencia al proceso de hacerla coherente con lo que se sabe de nuestra naturaleza, pero, como se ha visto, aquí se sostiene que esa naturaleza es dinámica, contextual, abierta y flexible, es una naturaleza que se va constituyendo a través de las continuas interacciones ya especificadas. Además, el uso del concepto naturalizado podría dar lugar a su asociación a teorías naturalistas, a teorías que destacan el valor de lo genético o biológico sobre lo natural, y eso va en oposición a la visión particular y contextual del individuo que aquí se defiende. Por estos motivos, y por lo extendido de su uso en neurociencia se ha decidido usar el concepto corporeizado.

²⁴ Se ha escogido el adjetivo particular por delante de individual para evitar asociaciones equivocadas al individualismo o a la individualización ya que, como se ha dicho, esta autonomía trata de dar cabida a las interacciones limitando así las fronteras entre el yo y los otros. Del mismo modo, se ha preferido utilizar el adjetivo particular antes que singular porque este último es antónimo de plural, y su uso puede llevar a una interpretación equivocada de lo que aquí se pretende defender.

desestimación del concepto estándar y colaborar en la construcción de un nuevo concepto que supere las deficiencias del anterior.

Hasta ahora, se ha visto que esas modificaciones han de ir orientadas en tres direcciones principales: corporeización, interactivización y promoción de la individualidad o particularidad. Si se reflexiona en la búsqueda de autores que hayan concedido importancia a los rasgos naturales del individuo cuestionando la supremacía de la razón, probablemente venga a nuestra cabeza más de un candidato. Si además, existe la pretensión de alejarse de un concepto de carácter universal para generar uno afín a la individualidad propia de esa naturaleza humana, es más que probable que haya un candidato que se desmarque por encima de los demás.

Este no es otro, que Friedrich Wilhelm Nietzsche (Röcken, 1844-Weimar, 1900). Este filósofo alemán, reúne, a priori, ciertas características que le destacan como una voz interesante en torno a las cuestiones que se vienen examinando, pese a que apenas ha sido tomado en cuenta en relación a ellas. Entre las posibles causas de este fenómeno se encuentra el hecho de que se haya asociado a este autor una supuesta interpretación individualista del ser humano que situaría a su propuesta en oposición a las ideas en relación a la autonomía que se vienen presentando en este trabajo.

A continuación se analiza en mayor profundidad su visión de la naturaleza humana y de las nociones de agencia y autonomía derivadas de ella, en un intento por comprobar si ésta puede ser de utilidad para la construcción de un concepto de autonomía adecuado para la ética médica o psiquiátrica. Se examinará cómo se relacionan estas ideas con las necesidades vislumbradas hasta el momento y examinaremos si tiene qué aportar en alguna o varias de esas tres direcciones, incluyendo la visión relacional o interactiva del individuo.

1.4.1.1 Nietzsche y sus instintos²⁵

La filosofía de Nietzsche se caracteriza por su acérrima defensa de la vida y del ejercicio de la naturaleza humana. A la promoción de esta convicción responde

²⁵ Traducción del concepto inglés *drives*. Se utiliza el concepto instinto, frente a otros como impulsos, porque predomina en las traducciones de las obras del autor utilizadas en este trabajo.

su propuesta moral y, por ello, resulta de una importancia capital para la comprensión de toda su obra elucidar cómo entiende el autor alemán esa naturaleza. Ese protagonismo que la concepción nietzscheana de la naturaleza humana tiene en su filosofía se contrapone con la ausencia de peso que le han otorgado tradicionalmente sus intérpretes. Este aspecto de su obra ha sido poco trabajado en comparación con otros que se derivan de él y, consiguientemente, no pueden comprenderse correctamente sin haberle prestado previamente a éste la atención que merece.

Frente a esta prolongada tendencia, han aparecido en las dos últimas décadas –especialmente en esta última– una serie de autores, principalmente anglosajones, con la convicción de poner el foco sobre este tema. Se trata de autores pertenecientes al ámbito de la psicología moral definida por ellos mismos como una disciplina que “se pregunta si la agencia es psicológicamente posible, qué motivaciones requiere, cuál puede ser la fuente de esas motivaciones, y a través de qué mecanismos emotivos y cognitivos son trasladadas a la acción” (Knobe y Leiter, 2007:83), y que, de la mano de una metodología denominada como filosofía experimental, pretenden demostrar la validez y utilidad de la propuesta de Nietzsche para explicar estos fenómenos.

La filosofía experimental busca corroborar o refutar teorías filosóficas basándose en resultados provenientes de las ciencias cognitivas. Esta relativamente nueva forma de proceder en el ámbito de la psicología moral ha generado cierto consenso entre estos autores que han comprobado que, de manera sorprendente, se ha dejado fuera del debate a una de las teorías que mejor se relaciona con el estado de conocimiento actual sobre estas cuestiones. A la luz de algunos resultados extraídos de estudios realizados en neurociencias, Nietzsche y su propuesta parecen estar mucho más cerca de la realidad humana que las teorías aristotélicas y kantianas que han dominado casi totalmente el ámbito de la psicología moral. De modo que, con el apoyo de numerosos estudios llevados a cabo en psicología, fisiología o neurología –a los que aluden a menudo estos autores en sus trabajos– la figura de Nietzsche empieza a ser rescatada del ostracismo en el que se encontraba para ganar protagonismo en un ámbito en el que, salvo escasas excepciones, nunca ha sido valorada.

El hecho de que la creencia en un agente moral plenamente consciente y dominado por la razón resulte, como se ha comprobado, cada vez más difícil de sustentar, cuestiona significativamente la validez de las teorías tradicionales de agencia moral, con lo que se presenta como necesario recurrir a visiones alejadas de esa tendencia que presenten al ser humano y su conducta en términos más naturalizados. Tal y como menciona Leiter (2013), este sería el caso de un Nietzsche que, influenciado por el materialismo alemán de su época, explica el comportamiento humano y su vida consciente recurriendo, principalmente, a factores corporales y fisiológicos. Es decir, en su filosofía, Nietzsche “concibe los seres humanos como unidades fisiológicas sujetas a las leyes habituales de la naturaleza, sin encontrar lugar al libre albedrío tal y como los kantianos lo entienden” (Risse, 2007:71).

Retraducir, en efecto, el hombre a la naturaleza; adueñarse de las numerosas, vanidosas e ilusas interpretaciones y significaciones secundarias que han sido garabateadas y pintadas hasta ahora sobre aquel eterno texto básico *homo natura*; hacer que en lo sucesivo el hombre se enfrente al hombre de igual manera que hoy, endurecido en la disciplina de la ciencia, se enfrenta ya a la *otra* naturaleza con impertérritos ojos de Edipo y con tapados oídos de Ulises, sordo a las atrayentes melodías de todos los viejos cazapájaros metafísicos que durante demasiado tiempo han estado soplando con su flauta: “¡Tú eres más! ¡Tú eres superior! ¡Tú eres de otra procedencia!”. (*Más allá del bien y del mal*, 230)²⁶

Existe un rico debate en torno a si Nietzsche puede ser considerado un naturalista, o, incluso, un determinista, pero la dilucidación de esa cuestión excede las pretensiones de este apartado. Aquí, simplemente, se intentarán presentar las líneas maestras de una concepción de naturaleza humana que parece tener más utilidad de la que habitualmente se le ha otorgado a la hora de ayudar a comprender al ser humano y sus conductas morales. Para ello, en primer lugar, se sintetizarán las ideas generales –y prácticamente consensuadas– de esa concepción; después se analizarán las principales interpretaciones existentes en torno a los instintos nietzscheanos y al papel que estos juegan en la agencia, con el propósito de extraer algunas conclusiones

²⁶ En el caso de las obras de Nietzsche, se citará haciendo referencia al nombre de la obra y al número de aforismo, tal y como se ha comprobado que hacen los autores que lo trabajan. Este hecho, facilita la localización de la cita en las distintas ediciones de la obra en cuestión.

acerca de ese concepto tan controvertido; y, finalmente, se examinará la noción de agencia resultante de todo lo anterior, con el objetivo de explorar su utilidad y posible aplicación en un contexto bioético en el que parece haberse comprobado que, las concepciones tradicionales de agencia y de autonomía no tienen demasiada cabida.

El ser humano natural

En su lucha por desenmascarar la ilegitimidad de la moral predominante, Nietzsche topa con un pilar que se ha mantenido firme durante muchos siglos como sustento de toda la cultura occidental. La construcción occidental del yo (*Selbst*), de ese yo dualista liderado por la razón, es una creación que, para el autor alemán, no guarda relación alguna con la naturaleza del ser humano y su comportamiento. Lo incoherente de esa construcción es lo que despierta en el de Roken la sospecha de que “un concepto tan peculiar, tiene que tener un propósito, y ese propósito, es un propósito moral” (Williams, 1993: 10). Esa construcción, esa ficción, es la que permite la creación de una moral sustentada en el *libre albedrío* y en la responsabilidad, en la culpa y en el castigo y en lo que, sin duda, provoca más el desprecio de Nietzsche: en lo contranatural.

Nietzsche, a modo de fractal²⁷ de su filosofía, procede a la destrucción como paso previo y necesario para la creación; a negar la noción del yo establecida para posibilitar la construcción de una nueva y más acorde con la naturaleza humana. Una concepción del ser humano que promueva el ejercicio de su naturaleza en lugar de limitarlo.

En primer término hay que acabar también con aquel otro y más funesto atomismo, que es el que mejor y más prolongadamente ha enseñado el cristianismo, el atomismo psíquico. Permítaseme designar con esta expresión aquella creencia que concibe el alma como algo indestructible, eterno, indivisible, como una mónada, como un átomo: ¡esa creencia debemos expulsarla de la ciencia! Dicho entre nosotros, no es necesario

²⁷ Su negación del yo tradicional para posteriormente proponer una noción basada en su visión de la naturaleza humana es una representación, a pequeña escala, de su filosofía en general: destruir lo establecido –destapando su carácter normativo o social– para defender una concepción más acorde con la naturaleza humana.

en modo alguno desembarazarse por esto de 'el alma' misma y renunciar a una de las hipótesis más antiguas y venerables: cosa que suele ocurrirle a la inhabilidad de los naturalistas, los cuales, apenas tocan 'el alma', la pierden. Pero está abierto el camino que lleva a nuevas formulaciones y refinamientos de la hipótesis del alma: y conceptos tales como 'alma mortal' y 'alma como pluralidad del sujeto' y 'alma como estructura social (*Gesellschaftsbau*) de los instintos y afectos' desean tener, de ahora en adelante, derecho de ciudadanía en la ciencia. (*Más allá del bien y del mal*, 12)

El paso inicial de ese camino, el que permitirá pisar la vieja ficción, consiste en la negación de ese yo. Nietzsche ejecuta ese paso impulsándose sobre los que considera los tres errores principales que caracterizan a esa construcción y que el autor destapa para evidenciar al mismo tiempo su carácter ficticio y su servicio a la moral judeocristiana. La consideración del yo como un ente individual y atómico es el primero de ellos. El filósofo de Röcken concibe el cuerpo humano como un entramado de diversas fuerzas en constante interacción, y se opone así a la creencia tradicional en un ente unitario líder de la conducta humana. Tal y como sintetiza Gemes (2007:32), para Nietzsche "no somos nada más que un revoltijo de diferentes voces/impulsos sin unidad global".

Otro de los errores que el autor alemán asocia a la concepción del yo predominante en la cultura occidental es su carácter consciente. Como se verá con mayor profundidad más adelante, el inconsciente tiene para Nietzsche un protagonismo mayor que el consciente en toda la actividad humana, hasta el punto de que llega a considerar que "la conciencia es una superficie" (*Ecce Homo*, "Por qué soy un destino", 9). Con esto hace referencia a su firme creencia de que la mayor parte de esa actividad tiene su origen en un conflicto entre fuerzas inconscientes cuyo resultado tan solo después se manifiesta de forma racionalizada en el consciente.

Es en ese sentido en el que considera que el yo no es un ente activo sino pasivo, debido a que es dirigido por unas fuerzas o instintos que le resultan inaccesibles, hasta tal punto que "un pensamiento viene cuando él quiere, y no cuando yo quiero" (*Más allá del bien y del mal*, 17). Esta sería la última de las críticas que Nietzsche dirige a la construcción tradicional de ese yo y la razón

principal por la que considera que “la humanidad ha confundido, en toda las épocas, la voz activa y la pasiva” (*Aurora*, 120).

Por lo que al negar el yo, lo que está negando, en último término, es la existencia de un ente –individual, consciente y activo– que pueda ser considerado responsable de la conducta humana. Si bien es cierto que deja lugar para la excepción, para una excepción que actúa como ideal al que aspirar saludablemente y que, como se verá más tarde, condensa bajo el nombre de *individuo soberano*.

Frente a esa ficción que pretende desenmascarar, Nietzsche propone una concepción de marcado carácter naturalizado con unos rasgos principales que ya se habrán podido intuir en base a las negaciones anteriores. Nietzsche define el cuerpo “como una estructura social de los instintos y afectos” (*Más allá del bien y del mal*, 12). Lo percibe como el escenario de la lucha por manifestarse que continuamente llevan a cabo los diferentes instintos propios de la naturaleza humana, en la que los más fuertes conseguirán reprimir a los demás estableciendo así el orden jerárquico de esa estructura. Esto es, para Nietzsche, “la imagen más general de nuestra esencia es una asociación de instintos con continuas rivalidades y alianzas entre ellos” (*KSA*²⁸, 10:224). Estos instintos y sus interacciones resultan plenamente inconscientes y, como ya se ha mencionado, el resultado de ellas tiene una influencia decisiva en nuestros juicios conscientes.

El resultado de esas interacciones, la fortaleza o debilidad de cada uno de esos instintos particulares, determina, por lo tanto, el orden jerárquico de la estructura de instintos en primer término, y la naturaleza de nuestros juicios conscientes en último. Pero ese orden varía de un individuo a otro según la visión nietzscheana, tal y como Brian Leiter (2007, 2010, 2013) se encarga de sintetizar en la que denomina la *Doctrina de los Type-Facts*. En ella, expone que, según Nietzsche, cada persona está constituida por un conjunto de características psicológicas y fisiológicas (*type-facts*) que juegan un papel decisivo en su comportamiento y creencias morales. En palabras de Leiter “la definen como un tipo particular de persona” (2007:7), ya que para el autor alemán es esa relación particular de instintos la que define al sujeto, la que

²⁸ *Kritische Studienausgabe*

determina “*quién es él* –es decir, en qué orden jerárquico se encuentran recíprocamente situados los instintos más íntimos de su naturaleza” (*Más allá del bien y del mal*, 6). Sin embargo, para Nietzsche, ese orden jerárquico no está, ni mucho menos, exclusivamente determinado por los rasgos psico-físicos individuales, sino que la relación del individuo con su sociedad y con los individuos que la componen modificará continuamente el estado y nivel de jerarquía de sus instintos particulares.

Por ello, Leiter se apresura a matizar esas afirmaciones para evitar caer en una interpretación determinista de la filosofía nietzscheana, y subraya que “es importante reconocer que la visión de Nietzsche no es que los *type-facts* determinan todo” sino que “circunscriben radicalmente las posibles trayectorias de desarrollo, pero el entorno (para Nietzsche, especialmente el entorno moral) es muy importante en la determinación de los resultados” (Knobe y Leiter, 2007:90).

Más allá del grado concreto de poder otorgado a esos rasgos psicológicos y fisiológicos innatos, cuestión sobre la que existe debate, el consenso en torno a la forma en que el autor alemán concibe la naturaleza humana y a la importancia que tienen los instintos en esa concepción es prácticamente absoluto entre los intérpretes de su psicología moral. Mientras Katsafanas (2013) asegura que “Nietzsche nos dice que el *sí mismo* es una relación de instintos (*Más allá del bien y del mal*, 6, 9, 12) y reclama que la voluntad debe entenderse en términos de operación de instintos (*Más allá del bien y del mal*, 19)”, Richardson (2009: 132) explica que “cuando Nietzsche niega la existencia de un yo, sí mismo, o sujeto, lo que habitualmente pone en su lugar es esa colección de instintos”. A pesar de que se plantea como indispensable entender qué son, a grandes rasgos, esos instintos nietzscheanos para comprender correctamente la filosofía del autor de Röcken, hay un intenso y rico debate acerca de qué es lo que Nietzsche entiende por instintos.

Los instintos nietzscheanos y su rol en la agencia

Pese a la evidente importancia del papel que los instintos juegan en la concepción nietzscheana de la naturaleza humana, existe cierta falta de

acuerdo entre los intérpretes del filósofo alemán a la hora de elucidar las características específicas de esos instintos y el modo en el que actúan. En este contexto de indefinición, Katsafanas (2010), en un intento por aclarar qué son exactamente esos instintos a los que constantemente hace referencia Nietzsche a la hora de explicar la naturaleza humana, nos presenta las tres formas principales en las que éstos han sido interpretados.

La primera de ellas es la que concibe *los instintos como homúnculos o agentes*. Aquí, explica que el hecho de que, en ocasiones, Nietzsche se refiera a los instintos utilizando un lenguaje propio de la agencia al relacionarlos con actuaciones tales como el razonamiento, la evaluación y la interpretación, ha llevado a algunos autores (Poellner, Thiele, Clark y Dudrick) a interpretarlos como una especie de agentes.

Al mismo tiempo, Katsafanas expone las complicaciones filosóficas derivadas de esta interpretación a la que concede poca credibilidad. Por un lado, esta interpretación otorga autoconciencia a los instintos y, por ello, es poco ventajosa a la hora de explicar la teoría de la agencia del autor alemán. Si Nietzsche explica la agencia consciente recurriendo a los instintos, y se interpretan los instintos, a su vez, como agentes conscientes, la cuestión se complica más si cabe. Tal y como señala Katsafanas (2010: 6) resulta problemático el hecho de que “queremos una explicación de la agencia consciente, y se nos dice que entendamos la agencia consciente de una persona como la manifestación de la agencia consciente de varios instintos”. De manera que el principal problema de esta interpretación homuncular es su oposición a la evidente intención de Nietzsche de replantear la noción tradicional del *sí mismo* y de la agencia consciente, y la consiguiente incoherencia de explicar su concepción recurriendo, precisamente, a esa concepción tradicional. Es decir, Nietzsche “no está simplemente reclamando que hay más *sí mismos* de los que creemos que hay; sino que reclama que tenemos una concepción errónea del *sí mismo*” (Katsafanas, 2010:7).

La segunda interpretación, y la que en los últimos años ha gozado de un mayor respaldo, es la interpretación de *los instintos como disposiciones*. Esta hipótesis es secundada por autores como Janaway, Schacht, Cox, Leiter, Hales y Welshon que interpretan los instintos nietzscheanos como meras

inclinaciones o tendencias. Sin embargo, Katsafanas también encuentra carencias a esta interpretación al considerar que no ofrece una explicación acerca del uso de lenguaje relativo a la agencia que realiza Nietzsche al referirse a los instintos.

Katsafanas intenta dar respuesta a las debilidades mostradas por estas dos interpretaciones con una tercera alternativa, según la cual, los instintos nietzscheanos serían *disposiciones que inducen orientaciones evaluativas*. El autor considera que esta nueva propuesta interpretativa, surgida de la conjunción de las virtudes de las dos anteriores, conseguiría dar respuesta a los dos problemas que cada una de ellas, por separado, no podían solventar.

Una respuesta en la que el autor profundiza al explicar la manera en la que los instintos nietzscheanos actuarían según su interpretación. En este sentido, sostiene que Nietzsche destaca el papel que las emociones juegan en la deliberación y que, en ella, la presentación de los hechos, es decir, la percepción, es selectiva. Esta selección es, en gran parte, llevada a cabo por los instintos y afectos y, por este motivo, Katsafanas entiende que los instintos además de generar en el agente cierta disposición, determinan la forma en la que éste conceptualiza la realidad. En cierto sentido, para Nietzsche, “vivir equivale a inventar” (*Aurora*, 119).

De esta manera Katsafanas concluye que esta interpretación de los instintos como disposiciones que “colorean nuestra visión del mundo” (2010:26) supera las carencias de las dos anteriores ya que, por un lado, evita los problemas teóricos de la interpretación homuncular, y, por otro, proporciona una explicación acerca de por qué Nietzsche utiliza lenguaje relativo a la agencia para referirse a los instintos.

Como se ha visto con anterioridad, Nietzsche niega la existencia de un yo consciente que tenga el liderazgo de la agencia, y, con ello, rechaza la concepción tradicional del “libre albedrío”. Para él esa “totalidad de instintos que constituyen el ser (humano)” (*Aurora*, 119) tienen un rol decisivo en la agencia. En ese proceso interno, y en su mayoría inconsciente, previo a la realización de una acción son estos instintos los que tienen un mayor peso.

El filósofo alemán sitúa el punto de inicio de la agencia en la continua lucha interna que mantienen los instintos por manifestarse. En este conflicto, los diferentes instintos que componen la naturaleza humana pugnan por imponerse los unos a los otros y expresarse. El resultado de esta lucha, es decir, el orden jerárquico que se establezca entre los instintos, dependerá de la fortaleza de cada uno de ellos en cada momento, algo que, a su vez, estará determinado en gran medida por los rasgos psico-físicos de cada individuo, por la naturaleza particular de cada persona.²⁹ El contexto, el entorno sociocultural del individuo, influirá también significativamente en el desarrollo de esa naturaleza particular al proporcionar terreno favorable para el ejercicio de unos instintos y desfavorable para el de otros. Es decir, el contexto también condiciona y forma parte importante de la lucha.

Nietzsche considera que esta lucha inconsciente es la que determina nuestro pensamiento consciente y que es su resultado, y no la deliberación consciente, la causa principal de nuestras elecciones y acciones. El error reside, a su juicio, en que “confundimos la lucha de motivos con la comparación de las consecuencias posibles de los distintos actos” (*Aurora*, 129). La deliberación de carácter consciente, esa comparación y evaluación racional de las consecuencias de los distintos actos, no es para el autor alemán más que el envoltorio de ese proceso inaccesible, la racionalización de una lucha entre instintos de carácter inconsciente.

Durante largos períodos de tiempo concibió al pensamiento consciente como el pensamiento en un sentido absoluto; sólo ahora estamos empezando a vislumbrar que la mayor parte de nuestra actividad intelectual se desarrolla de un modo inconsciente e insensible para nosotros mismos. Yo creo, no obstante, que estos impulsos que luchan

²⁹ En este punto hay que mencionar que existe también cierta disparidad de opiniones entre los intérpretes de la psicología moral de Nietzsche en torno al peso de esos rasgos fisiológicos particulares del individuo. Mientras que, como hemos visto, para Leiter estos determinan fuertemente el resultado de la lucha entre instintos, para otros autores como Katsafanas (2005, 2010) no lo determinan sino que influyen en él. Lo que parece evidente es que estos rasgos psico-físicos tienen un papel importante en la resolución de esos conflictos internos de carácter inconsciente. Por lo tanto, dejaré a un lado el debate de si influyen fuertemente o la determinan fuertemente, ya que, además, ambas posturas no se encuentran tan alejadas si tenemos en cuenta que, como se ha visto en el primer apartado, Leiter reconoce la influencia de otros factores como la cultura o el entorno sobre el resultado.

entre ellos pueden percibirse mutuamente y causarse daño los unos a los otros. (*La gaya ciencia*, 333)

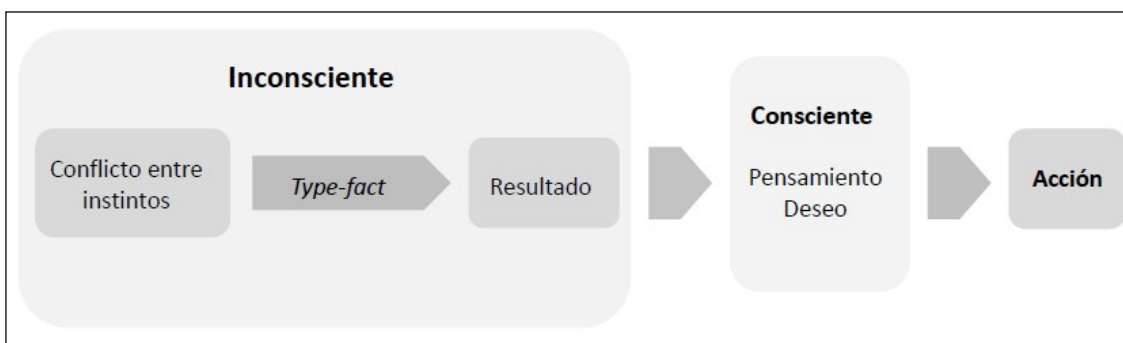
Ese dañarse mutuo se refleja de forma consciente a modo de contraargumento, posible consecuencia negativa o incluso de remordimiento. El instinto vencedor se verá satisfecho tras la deliberación, pero el instinto opuesto, el que ha luchado sin éxito por imponerse, desembocará en la interpretación racional de consecuencias negativas derivadas de la decisión. De modo que la valoración negativa de la satisfacción de un instinto es, para Nietzsche, el resultado de la actuación de un instinto opuesto.

En todo este proceso, nuestra inteligencia no es más que el instrumento de un instinto contrario a aquél cuya violencia nos tortura, y que lo mismo puede ser la necesidad de descanso que el miedo a la vergüenza y a las consecuencias negativas de nuestros actos, o incluso el amor. Por consiguiente, aunque creamos que somos nosotros quienes nos quejamos de la violencia de un instinto, en realidad es un instinto el que se queja de otro instinto, lo que equivale a decir que para sentir la perturbación que nos provoca la violencia de un instinto, es condición indispensable que exista otro instinto no menos violento —o más violento aún—, y que se produzca un enfrentamiento en el que nuestra inteligencia se ve obligada a tomar parte. (*Aurora*, 109)

La concepción nietzscheana de la agencia se caracteriza, por lo tanto, por su subordinación de la deliberación racional a la actividad inconsciente. Algo que, como destacan Knobe y Leiter (2007:88-89) implica, al mismo tiempo, la subordinación de los principios morales a la naturaleza humana, la convicción de que la construcción de los principios morales del individuo está fuertemente condicionada por sus rasgos psico-físicos particulares y de que los primeros no serían nada más que “racionalizaciones *post hoc*” de comportamientos derivados del desarrollo de los segundos. El filósofo de Röcken considera que “nuestras valoraciones y nuestros juicios morales” son “imágenes y fantasías que encubren un proceso fisiológico desconocido para nosotros, una especie de lenguaje convencional con el que se designan determinadas excitaciones nerviosas” (*Aurora*, 119).

En base a estos rasgos, se podría sintetizar la forma en que Nietzsche presenta la agencia de la siguiente manera: nuestro cuerpo es el escenario de

una constante lucha entre instintos por manifestarse, cuyo resultado será determinado por la convergencia entre la naturaleza particular de cada individuo –entendiendo por ésta los rasgos fisiológicos individuales– y su contexto, y se reflejará de manera consciente a través de la deliberación racional previa a la acción.



Modelo de Leiter

Sin embargo, la nueva teoría de los instintos nietzscheanos que presenta Katsafanas, trae consigo una significativa modificación en la interpretación de este proceso. Al considerar los instintos como “disposiciones que inducen orientaciones evaluativas” otorga a estos un papel un tanto diferente en la agencia. Katsafanas considera que, según Nietzsche, los estados mentales conscientes también tienen influencia sobre los inconscientes. Es decir, coincide con el modelo presentado en la imagen anterior en la idea fundamental de que Nietzsche niega la figura del yo consciente como agente y en que los instintos de carácter inconsciente juegan un papel fundamental en la agencia, pero Katsafanas defiende que el autor alemán reconoce la influencia de los juicios conscientes sobre los estados inconscientes y que, por lo tanto, rebaja el protagonismo de los rasgos psico-físicos particulares (*type-facts* de Leiter), de lo inconsciente en la agencia.



Modelo de Katsafanas

Según Katsafanas, los estados mentales inconscientes y los conscientes interactuarían, y de la misma manera que los primeros influyen sobre los segundos, los segundos influirían en ocasiones sobre los primeros. Entre estas ocasiones destaca dos como las principales: al realizar una selección parcial del contenido inconsciente, y al interactuar causalmente con estados inconscientes y distorsionar la forma de percibir. El siguiente pasaje es uno de los que mejor sintetiza el rol que Nietzsche otorga a los instintos como intérpretes de nuestra realidad diaria con un peso decisivo en nuestra conceptualización y deliberación:

Por decirlo más exactamente, si un instinto se encuentra en situación de tener que ser satisfecho, o de ejercer su fuerza, o de satisfacerla, o de llenar un vacío —hablando en lenguaje figurado—, considerará cada suceso del día para ver cómo puede usarlo con vistas a ese fin. Cualquiera que sea la situación del hombre —ya ande o repose, lea o hable, se enoje y luche o esté alegre—, el instinto excitado tanteará cada una de estas situaciones. En la mayoría de los casos, no hallará nada a su gusto y habrá de esperar y continuar sediento. Si pasa algún tiempo, se debilitará; y si no es satisfecho en el plazo de unos días o de unos meses, se secará como una planta a la que le falta agua. (*Aurora*, 119)

La concepción de agencia nietzscheana, al rebajar el peso de lo consciente para otorgárselo a los instintos inconscientes, rompe con la concepción tradicional de la agencia humana. Su presentación del sujeto como una estructura de instintos en continua interacción que lideran en último término toda su conducta, pone en duda la creencia en la que durante siglos se ha asentado la cultura occidental de un yo libre, entendiendo su libertad como la dirección consciente, voluntaria y racional de su conducta. Y esto es, en sí mismo, un ataque atroz contra los fundamentos de la moral occidental.

Tal y como sugiere Williams (1993:8), cuando Nietzsche cuestiona la agencia no pretende plantear dudas “sobre la idea de alguien haciendo algo, sino, sobre una interpretación moralmente significativa de la acción, en términos de la voluntad”, ya que esa interpretación de la agencia implica para él dos ideas equivocadas: “que la voluntad parece algo simple cuando no lo es, y que eso que parece simple también parece ser algo peculiar, imperativo, una especie de causa”. Nietzsche no niega la idea de agencia voluntaria en

general, sino la construcción particular propia de la cultura occidental, simplificada, irreal y empapada por una moral que la utiliza para poder sostenerse.

La destrucción es para el filósofo de Röcken solo un requisito para la creación, por lo que su negación de esta idea tradicional de la voluntad, y del modelo de agencia derivado de ella, es tan solo una consecuencia de su lucha por establecer una moral que promueva el ejercicio de la naturaleza humana en lugar de limitarla. Y, para ello, le resulta indispensable despojar a las ideas de voluntad y libre albedrío de su contenido moralizador y antinatural.

Nietzsche presenta una idea de libertad muy diferente que lejos de actuar como regla en su visión de la naturaleza humana, lo hace como saludable ideal al que aspirar y que solo unos excepcionales privilegiados serán capaces de alcanzar. Estos individuos excepcionales, cuyos rasgos psico-físicos les otorgan la posibilidad de adquirir una jerarquía de instintos estable y ordenada y en los que se da una relación coherente entre estados conscientes e inconscientes, conforman el ideal de sujeto nietzscheano, el denominado *espíritu libre* o *individuo soberano*. El *individuo soberano* es el único individuo que goza de libertad, por el hecho de ser consciente de su naturaleza y al mismo tiempo capaz de actuar en todo momento en base a ella. En él, consciente e inconsciente se alían a favor del ejercicio de su naturaleza, de modo que su “agencia constreñirá todavía los instintos, pero ahora en su propio interés: su función es disciplinarlos, y propiciar el surgimiento de una pasión unificadora” (Richardson, 2009: 27).

Encontramos entonces (...) al *individuo soberano*, al individuo que solo es igual a sí mismo, que se ha librado de la eticidad de la costumbre, al individuo autónomo y sobremoral (pues “autónomo” y “moral” son términos mutuamente excluyentes), en suma al hombre de voluntad larga, propia e independiente, al hombre al que *le es lícito prometer*, y en él una consciencia orgullosa, palpitante en todos los músculos, de *qué* es lo que por fin se ha conseguido ahí y se ha encarnado en él, una auténtica consciencia de poder y libertad, un sentimiento de haber llegado a la plenitud del hombre como tal. (*Genealogía de la moral*, II, 2)

La concepción de libertad nietzscheana es por lo tanto una concepción naturalizada y desmoralizada (Richardson, 2009); naturalizada en el sentido de que la explica en términos de ejercicio de unos instintos unificados y ordenados (Williams, 1993; Gemes, 2009; Risse, 2007), de la coordinación entre consciente e inconsciente; y, desmoralizada, porque deja de estar al servicio de la moral judeocristiana, para estar al servicio de la vida al actuar como ideal excepcional al que aspirar dentro de la filosofía nietzscheana.

Nietzsche rechaza la concepción tradicional de agencia por su incoherencia con la naturaleza humana, pero deja abierta la puerta para una agencia que además de corresponderse con ella, contribuya a potenciarla. Como resume de manera clarificadora Richardson (2009: 21):

Nietzsche rechaza la imagen de la agencia de ella misma como propiamente independiente de los instintos. Él predica a los agentes –sus lectores– que den crédito a sus instintos y que aprendan a adaptar su agencia a ellos. Debemos esperar que nuestros instintos tengan el poder (...) de unificarse, preferentemente bajo una sola pasión dominante. Tenemos que observar lo que nos distingue en nuestros instintos y pasiones, y aprender a subordinar nuestra agencia (...) a ello. Así nuestra agencia y la voluntad de nuestros instintos coincidirán.

Una visión revitalizada por las neurociencias

Con anterioridad se ha explicado que las neurociencias se están confirmando como una herramienta importante en la elucidación de todas estas cuestiones directamente relacionadas con la comprensión de la naturaleza humana –y de la autonomía, que es el eje de este trabajo. En el apartado dedicado a ese ámbito se ha intentado mostrar qué apuntan las neurociencias y los autores que trabajan en ese ámbito acerca de ciertos aspectos directamente relacionados con la autonomía, y ahora, es el momento de comprobar cómo encajan esas conclusiones generales con la propuesta del autor alemán.

Tal y como se ha podido comprobar, el auge de las neurociencias y las numerosas investigaciones derivadas de él han contribuido a cuestionar ciertos aspectos relativos a la naturaleza humana que han gozado durante siglos de un estatus de irrefutabilidad. Algunos de estos aspectos, considerados

incuestionables hasta hace no demasiados años, eran ya rechazados por la visión nietzscheana que se acaba de presentar. Este hecho ha propiciado que la teoría del autor alemán en relación a la naturaleza humana, tradicionalmente poco atendida en el ámbito de la psicología moral, atraiga en la actualidad el interés de muchos autores cercanos a este ámbito. El hecho de que la neurociencia ponga en cuestión los aspectos que componían el fundamento de su rechazo a la visión más tradicional del sujeto y su naturaleza induce a pensar que la forma en la que el filósofo de Röcken concebía el ser humano y su funcionamiento puede ser más acertada de lo que se intuía. Su visión naturalizada del individuo, en la que el inconsciente y los rasgos de carácter fisiológico juegan un papel fundamental, parece que goza de un sustento empírico que puede contribuir a concederle una consideración mayor de la que ha tenido para la elucidación de estas cuestiones relacionadas con el concepto de autonomía.

A continuación se presentan algunos de esos aspectos de la naturaleza humana –especialmente de su psicología–, hasta hace poco encuadrados en la categoría de verdad y que son puestos ahora en tela de juicio por diversos estudios realizados en el ámbito de las neurociencias, un siglo más tarde de que lo hiciera la psicología moral nietzscheana. Al cuestionar la validez de características ya rechazadas por el autor alemán, estos estudios contribuyen a reforzar la propuesta de este autor.

En primer lugar, son numerosos los estudios en psicogenética que, sin dejar de lado el peso del entorno, sustentan la idea de que los rasgos psicofísicos de cada persona son determinantes centrales de la personalidad y los comportamientos morales (Leiter, 2007, 2010, 2013; Knobe y Leiter, 2007). Estos rasgos determinarían el rango de posibles desarrollos del individuo, y la relación del individuo con su entorno –educación, cultura, sociedad, etc.– iría concretando ese desarrollo individual. Este hecho parece jugar a favor del carácter individual e innormalizable que el filósofo alemán otorgaba al sujeto, ya que, según esto, cada uno vendría a ser el producto individual de la convergencia entre una naturaleza y un contexto particulares y, en base al resultado de esa conjunción, se iría configurando la jerarquía de instintos específica de cada individuo.

En el ya examinado artículo de Gidon Felsen y Peter B. Reiner (2011) se ha podido comprobar que estos autores, sin ir más lejos, avalan la idea de que exista una jerarquía de instintos o de deseos dentro del organismo humano. Concretamente, hacen referencia a la teoría jerárquica, denominada *Teoría del Control Ejecutivo*³⁰ (Miller y Cohen, 2001), que valoran positivamente a la luz del conocimiento extraído de las neurociencias. No está de más recordar que esta teoría postula que existen deseos de diferente nivel y que los deseos ubicados en el córtex prefrontal, llamados objetivos de conducta, ejercen una función ejecutiva sobre otros deseos de carácter subcortical e inconsciente.

En estrecha relación con esto, se encuentra otro de los cuestionamientos nietzscheanos que parece estar recibiendo el sustento de las neurociencias: su sospecha del liderazgo de la razón. Se trata, sin lugar a dudas, de uno de los cuestionamientos más controvertidos debido a que –como se ha visto en el apartado 1.2– toda la cultura occidental se ha ido construyendo en base a la razón y a la creencia en un individuo liderado y caracterizado casi en completa medida por el ejercicio de ésta. Pero, esta traumática sospecha nietzscheana ha ido, paulatinamente, recibiendo pequeñas dosis de credibilidad, hasta el punto de que el debate acerca del libre albedrío –que obviamente, se deriva de ella– es uno de los grandes debates actuales en neurociencia.

En este sentido, ya en el análisis del artículo de Felsen y Reiner se ha vislumbrado cierta debilidad a la hora de justificar la ubicación de lo consciente y racional en la cima de la jerarquía de deseos de la que se viene hablando. Lo cierto es que, tras el examen de sus argumentos, se ha concluido que, en realidad, las pruebas que presentaban como sustento de este hecho sirven de apoyo a la idea de que existe una jerarquía de deseos y de que el resultado de la toma de decisión vendrá determinando por la fuerza de cada uno (Felsen y Reiner, 2011:5) –lo que recuerda claramente a la teoría nietzscheana–, pero no tanto el hecho de que el consciente se encuentre en la cima de esa jerarquía. Las pruebas presentadas para probar la función ejecutiva del córtex prefrontal (Milner, 1963; Fuster y Alexander, 1973) solo demostraban el vínculo de éste con la actividad consciente, pero no tanto su supremacía respecto a los deseos de carácter inconsciente ubicados en otras regiones.

³⁰ *Executive Control Theory*

No se trata de renunciar a la razón, sino simplemente de rebajar su peso dentro de la agencia humana para hacer así hueco a otros factores tradicionalmente rechazados y que tienen mucho que decir en esta cuestión. Al analizar los resultados que estos mismos autores exponían se ha corroborado que las emociones y los instintos juegan un importante rol en el proceso de toma de decisión. Pese a que siguen considerando posible el tradicional modelo de toma de decisión racional –entendido como un proceso plenamente consciente–, concluyen que la mayoría de las decisiones cotidianas son tomadas con la imprescindible ayuda de las emociones, que hacen del proceso deliberativo algo más rápido y eficiente (Felsen y Reiner, 2011) –confirmándolas como un complemento indispensable para la racionalidad (Frank, 1988; De Sousa, 1990; Evans et al., 1993; Chase et al., 1998).

Del mismo modo, al situar entre interrogantes el liderazgo racional, la voluntad de Nietzsche era desenmascarar una creencia que había servido para limitar el ejercicio de la naturaleza humana tal y como él la entendía. Era necesario denunciar lo equivocado de esa creencia para reivindicar el espacio que les corresponde a los instintos y a la actividad irracional en la vida de los seres humanos. Y este espacio empieza a concretarse con la ayuda de las neurociencias.

Durante largos períodos de tiempo concibió al pensamiento consciente como el pensamiento en un sentido absoluto; sólo ahora estamos empezando a vislumbrar que la mayor parte de nuestra actividad intelectual se desarrolla de un modo inconsciente e insensible para nosotros mismos. Yo creo, no obstante, que estos impulsos que luchan entre ellos pueden percibirse mutuamente y causarse daño los unos a los otros. (*La gaya ciencia*, 333)

Resulta interesante comprobar cómo las principales interpretaciones del papel de los instintos nietzscheanos (Katsafanas, 2010) se relacionan con el rol que las neurociencias comienzan a otorgar a las emociones. Tanto Ahern (2011), como Véliz (2011) rechazaban la subordinación de las emociones a la razón, y, proponían en su lugar un modelo de agencia en el que ambos factores interactúan, influyendo mutuamente el uno sobre el otro.

La misma línea sigue la hipótesis del marcador somático (Damasio, 1994, 1996) –que presentaban Felsen y Reiner (2011)–, según la cual el sistema nervioso utilizaría información extraída de las respuestas emocionales relativas a decisiones anteriores para evaluar los posibles beneficios y perjuicios de cada uno de los cursos de acción posibles. Es decir, a cada posible curso de acción se le asociarían unas emociones y de su fuerza dependería el resultado de la deliberación. Además, aclaraban que tanto las emociones instintivas como las secundarias, aprendidas mediante procesos de prueba y error, jugarían ese papel y que ese rol no consiste en generar respuestas estereotipadas, sino en influir sobre la probabilidad de cada respuesta.

También se ha mencionado que Jonathan Haidt (2001) situaba las emociones en el origen de decisiones morales complejas. Aseguraba que es posible que éstas dependan más de las emociones que del razonamiento lógico y que este hecho conduce a que el resultado de la decisión difiera significativamente del que derivaría de un proceso exclusivamente racional. Este postulado es secundado por Knobe y Leiter (2007), quienes defienden que la mayor parte del pensamiento consciente se debe a la actividad instintiva inconsciente y que los juicios morales no son más que racionalizaciones *post-hoc* de sentimientos de origen inconsciente, utilizando como apoyo una serie de estudios neurocientíficos con resultados que parecen sustentar esa idea (Haidt, 2001; Wegner, 2002).

“Nuestras valoraciones y nuestros juicios morales” son “imágenes y fantasías que encubren un proceso fisiológico desconocido para nosotros, una especie de lenguaje convencional con el que se designan determinada excitaciones nerviosas” (*Aurora*, 119).

Los paralelismos con el modelo de agencia nietzscheano son evidentes, hasta el punto de que el papel que el autor alemán otorgaba a los instintos³¹ resulta prácticamente idéntico al que estas teorías otorgan a las emociones. Al comparar estas consideraciones surgidas en el ámbito de las neurociencias con algunas de las interpretaciones del funcionamiento de los instintos nietzscheanos presentadas anteriormente, se comprueban las compatibilidades y los puntos de confluencia entre ambas.

³¹ Ver apartado anterior acerca de las principales interpretaciones de este proceso (1.4.1.1).

El papel de las emociones como intérpretes y evaluadoras de cuya fuerza relativa depende el resultado de la deliberación (Felsen y Reiner, 2011:5), no parece diferir demasiado del rol que Nietzsche asignaba a los instintos. Si se entienden estos como “disposiciones o tendencias que inducen a orientaciones evaluativas” (Katsafanas, 2010) que compiten entre sí para influir en la deliberación consciente, resulta complicado encontrar alguna diferencia entre esta visión y las predominantes en neurociencias.

Fortalezas de la visión nietzscheana para la construcción del nuevo concepto de autonomía

El modelo de agencia que presentan las neurociencias parece relacionarse especialmente bien con la visión de Nietzsche al respecto, lo que induce a pensar que la revisión de la propuesta del autor alemán puede resultar interesante para la construcción de un concepto de autonomía adaptado al estado de conocimiento actual. La relevancia de los factores fisiológicos inconscientes en su modelo es, probablemente, la principal acreditación de la teoría del filósofo de Röcken.

Sin embargo, no es ésta la única virtud de una teoría que, además de proporcionar una explicación coherente de la relación de estos factores inconscientes entre sí, con la razón y, con el contexto particular de cada individuo, tiene algunas características que le otorgan un valor añadido. La promoción de la individualidad –entendida como la naturaleza específica de cada individuo y su contexto– y el reconocimiento de la importancia del entorno, especialmente de la relación con otros sujetos está muy presente en ella.

Esta consideración de las condiciones particulares de cada individuo, de la naturaleza singular e innormalizable de cada ser humano, destaca a esta propuesta por encima de otras como las de corte kantiano que apelan a rasgos o condiciones universales sin consideración del contexto y naturaleza particulares que caracterizan a cada sujeto.

Al mismo tiempo, aunque a menudo se haya considerado que Nietzsche tiene una visión del sujeto como ente aislado de la sociedad y de los individuos

que la componen, debido, en gran medida, a interpretaciones erróneas de su teoría del *superhombre*, la realidad es bien distinta y, en la filosofía del autor alemán está muy presente la relación de los individuos con su entorno, con lo que aventaja a las teorías liberales. Se ha podido comprobar, a lo largo del análisis de la visión de la naturaleza humana de este filósofo, cómo, en su concepción del individuo, el entorno de éste se encuentra en relación constante con su naturaleza.

Para Nietzsche, la naturaleza individual depende tanto de rasgos fisiológicos particulares como de las condiciones en las que estos se desarrollen, y dentro de esas condiciones se encuentran tanto la cultura, como los individuos que componen el entorno socio-cultural del individuo. Cada individuo afrontará de una manera determinada esas condiciones externas, del mismo modo que esas condiciones externas influirán de una manera determinada en la configuración interna de cada individuo. Singularidad y contexto son, por lo tanto, aspectos prácticamente indivisibles en la teoría nietzscheana al encontrarse en interacción y adaptación constante; la naturaleza de cada uno de ellos comprende la del otro.

Para expresarlo en términos nietzscheanos, los instintos, ordenados en base a una relación jerárquica particular en cada individuo, encontrarán en su entorno tanto obstáculos como oportunidades para desarrollarse, ya sea en forma de otros instintos –relativos a otros individuos– como de condicionantes de tipo cultural –que también habrán sido resultado de instintos particulares. Dependiendo de la fortaleza relativa de cada instinto, el resultado de la relación será uno u otro, potenciándose unos y limitándose otros, y alterando así tanto la naturaleza del individuo como la del entorno.

Como se ha visto, Nietzsche concibe el ser humano como una estructura jerárquica de instintos y afectos en constante interacción, y este hecho le lleva a cuestionar algunos aspectos centrales de la construcción tradicional del yo. Tras analizar las principales interpretaciones que se han venido haciendo de su controvertido término de instintos se ha comprobado que la concepción de Katsafanas (2010) como “disposiciones que inducen a orientaciones evaluativas” parece ser la que mejor supera las críticas a las que se enfrentaban interpretaciones anteriores. Una vez aclarado, a grandes rasgos, el

modo en que entiende Nietzsche la naturaleza humana se ha podido comprobar que éste resulta bastante coherente con el estado de conocimiento actual. Al comparar los cuestionamientos nietzscheanos con los resultados extraídos de investigaciones realizadas en neurociencias, se ha podido observar que los puntos de convergencia son varios y suficientemente sólidos como para que la propuesta del autor alemán pueda ser tenida en consideración.

Ese cuestionamiento de la concepción tradicional del yo, iniciado por la filosofía nietzscheana y continuado en nuestra época por las neurociencias, tiene implicaciones relevantes en muchos sentidos y para muchos ámbitos. No podría ser de otra forma, puesto que altera de manera significativa la forma en la que el ser humano y su naturaleza han sido vislumbrados hasta hace no demasiado tiempo. Esta naturalización del sujeto, de la que se deriva también una forma diferente de concebir la agencia humana, trastoca los fundamentos de disciplinas construidas sobre la confianza en un ser humano plenamente consciente, racional e individual.

La naturaleza individual ocupa un lugar central en el ámbito de la salud, y el conocimiento de esa naturaleza tiene implicaciones decisivas para la medicina, ya que uno de sus objetivos debería consistir en curar la naturaleza de las y los pacientes a los que trata. Por ello, resulta paradójico que una disciplina como la médica que, permeada por los avances científicos y técnicos de las últimas décadas, ha transformado drásticamente sus modos de actuación (Tauber, 2011), no haya sido capaz de adaptar del mismo modo su actividad al nuevo sujeto que vienen desnudando esos mismos avances.

Aquí, cobra especial interés la propuesta de un autor que mostró una extraordinaria capacidad para elucidar la naturaleza humana, para excavar en lo más hondo, oscuro y oculto de su psicología y arrojar luz con un talento narrativo y expresivo fuera del alcance de las neurociencias. Más aún, cuando se comprueba, como en el presente trabajo, que su visión resulta coherente con el conocimiento revelado en las últimas décadas y, además, que los puntos fuertes de ésta parecen corresponderse con las mayores deficiencias detectadas en la noción de autonomía utilizada tradicionalmente por la ética médica. Al leer a Nietzsche estamos leyendo a un psicólogo de humanos, para

humanos, cuyas aportaciones deben ser, por lo menos, consideradas en un ámbito en el que los humanos son más humanos que en ningún otro.

1.4.2 Una propuesta de reconceptualización: una autonomía corporeizada, interactiva y particular

A lo largo del presente capítulo se ha comprobado, en primer lugar, que la noción estándar de la autonomía no es coherente con el conocimiento acerca del proceso de toma de decisión que las neurociencias vienen destapando y que, en base a éste, entre los autores que trabajan en este ámbito, existe cierta tendencia general hacia la corporeización e interactivización del concepto. Como se ha visto³², autores como Moffatt (2010), Moreno y Casado (2011), Jecker (2011) o Ahern (2011) ya han propuesto reconceptualizar la identidad y la autonomía en ese sentido.

A continuación, se ha constatado que la ausencia de un concepto de autonomía adecuado y unificado es un problema para la ética médica y que el consenso acerca de la necesidad de establecer un nuevo concepto es bastante amplio entre quienes trabajan en esta área. Además, se ha podido observar que la ausencia de ese concepto condiciona de manera significativa el debate existente en torno al papel que la autonomía debe jugar en este contexto. Sin embargo, se ha podido identificar entre las y los especialistas en ética médica una defensa de la autonomía relacional y de la relevancia de las emociones y experiencia personal para el desarrollo de esta actividad.

Tanto la práctica médica como las ciencias que tratan de arrojar luz sobre la naturaleza humana parecen indicar que la autonomía, tal y como ésta se ha entendido mayoritariamente, es un ideal poco coherente con lo que conocemos –o creemos conocer– de nosotros mismos. Esa forma tradicional de entender la autonomía es una consecuencia del modo de interpretarnos a nosotros mismos como seres humanos, de la manera en que hemos construido nuestra identidad. Por lo que parece, esa construcción tiene más que ver con lo que nos gustaría ser –o con lo que nuestra ubicación en una cultura determinada ha provocado que queramos ser–, que con lo que somos o podemos ser.

³² En el apartado 1.2.4.

La idea de nosotros mismos como seres unitarios, racionales, e independientes es una proyección ficticia que se difumina en su contraste con el mundo natural. Esta interpretación de la identidad humana deriva, evidentemente, en un concepto de autonomía con ciertas deficiencias; debilidades que, como se ha observado, dejan al descubierto las neurociencias y la práctica médica, al evidenciar que los criterios tradicionalmente utilizados para la consideración de una decisión como autónoma son difícilmente cumplibles a la luz de los resultados de diversas investigaciones relacionadas con el proceso de toma de decisión y de la experiencia en la práctica asistencial.

Las debilidades del concepto estándar se localizan en dos aspectos, principalmente: en el excesivo peso que se le ha venido otorgando al papel de la razón; y, en la poca consideración de las que prácticamente se revelan como inevitables influencias externas. El peso de lo inconsciente y de las interacciones con el entorno –y con los otros– como configuradores de nuestra identidad está fuera de cuestión.

Estas deficiencias provocan la génesis de ciertas tendencias generales entre los que trabajan en este ámbito. Como respuesta a la primera, se propone corporeizar el concepto, reivindicando la importancia del papel de las emociones y lo inconsciente en el proceso deliberativo. Y, a causa de la segunda, son muchos los autores que consideran necesario entender el concepto de autonomía de un modo mucho más interactivo y relacional, difuminar la frontera en el mundo interno y externo al cuerpo.

Por este motivo resulta interesante utilizar este conocimiento para la construcción de un concepto de autonomía que resulte lo más compatible posible con lo que sabemos actualmente del proceso de toma de decisión humano. Más adelante, se ha intentado mostrar la utilidad que la visión nietzscheana de la naturaleza humana puede tener en este proceso de construcción del nuevo modelo, debido a su compatibilidad con los resultados provenientes de las neurociencias. Obviamente, se trata de un conocimiento temporal que será confirmado o refutado con el paso de los años, pero parece sensato tratar de aprovechar los resultados de cada momento para generar

conceptos que, del mismo modo, serán temporales y mutables, pero que, por ahora, gozan de un mayor sustento que otros basados en ideas ya refutadas.

Llega ahora el momento de utilizar las conclusiones generadas en la elaboración de este capítulo para realizar una propuesta que, por un lado, guarde coherencia con estas ideas que parecen tener sustento empírico y, por otro, responda a las necesidades vislumbradas en la práctica médica. Parece bastante probable que –si el trabajo que ha producido estas conclusiones está bien realizado– ambas cuestiones vayan de la mano, ya que el cómo somos y el cómo actuamos y vivimos son cuestiones indisolubles. Quizás por eso, tanto el conocimiento proveniente de las neurociencias como el extraído en la práctica diaria parecen apuntar en una misma dirección.

Como se viene diciendo, todo hace indicar que debe entenderse la autonomía de manera más corporeizada y, al mismo tiempo, interactiva. Cuando hago referencia a la necesidad de corporeizar el concepto pretendo reclamar la pertinencia de incorporar los factores de carácter inconsciente que vienen destapándose como parte relevante del proceso deliberativo al modo en que se entiende la autonomía; la congruencia de trasladar ese proceso del cerebro a la totalidad del cuerpo –pero de un cuerpo sin fronteras que lo separen de su entorno. Si, como todo parece indicar, las emociones e impulsos condicionan y, según algunos, hasta dirigen el proceso de toma de decisión, parece completamente razonable darles cabida en el proceso que deriva en decisiones o acciones consideradas como autónomas. Dicho de otro modo, no existe motivo alguno para justificar la exclusión de decisiones o acciones en cuya realización han tenido mayor o menor influencia las emociones de la categoría de autónomas, solo por ese hecho.

No pretendo decir con esto que la razón no sea importante en la manifestación de nuestra identidad. No tendría sentido alguno negar la relevancia de una capacidad como ésta. Lejos de ese propósito, lo único que pretendo es conceder importancia a otros aspectos que interactúan con ella, la complementan, o, según cómo se interprete, forman parte de ella.

La propuesta de entender la autonomía de un modo relacional o interactivo hace referencia a la necesidad de dejar de concebir la autonomía como algo individual y aislado (como independencia), para incluir a las

relaciones e interacciones con los otros en ella. Es decir, se pretende compatibilizar el concepto con la constatación de que las influencias del entorno y de los otros en la autonomía personal de un sujeto es un hecho incuestionable y, de este modo, se dejarán de considerar como no autónomas acciones y personas por verse influidas en menor o mayor medida por estos factores.

Resulta interesante rescatar a este respecto la sentencia de Grant Gillett (2009:339) que, tras señalar que “el ejercicio de la autonomía es interactivo; un agente inteligente que se nutre de un mundo de comprensión y significado para, a partir de lo que ven como verdadero, participar en la determinación de lo que pasa y les pasa en tanto que seres-en-elmundo-con-otros” añade que esta concepción de la autonomía “está basada en una habilidad dependiente de andamios que permiten afectar el mundo de manera conversacional” o interactiva. Como explica este neurólogo y se viene defendiendo en este trabajo, no parece tener sentido vincular la autonomía a la independencia (menos aún en un entorno como el sanitario), puesto que la autonomía humana, al igual que la identidad, emerge en relación con el entorno social y, las interacciones con los otros, lejos de cuestionarlas, contribuyen a construirlas.

1.4.2.1 Acerca de la identidad

Como se viene diciendo, el concepto de autonomía está muy estrechamente vinculado al de identidad, y las modificaciones en el primero se deben a cambios en el segundo. Los dos sentidos principales en que se propone reconceptualizar la autonomía son resultado de unas modificaciones en la concepción tradicional de la identidad cuya pertinencia es difícilmente cuestionable.

Las emociones y los factores inconscientes son elementos esenciales de la identidad personal, por lo que no hay motivo para que su ejercicio no sea considerado una manifestación de ésta. La reducción de la autonomía al ejercicio de la razón, lleva implícita una expulsión de las emociones y rasgos inconscientes de la identidad humana que solo puede deberse a ciertos

factores que han sido inherentes al desarrollo de la cultura occidental y que han permeado –y siguen haciéndolo, en gran medida– todos los ámbitos de conocimiento. El dualismo mente-cuerpo, los anhelos racionalistas y la influencia de la religión judeocristiana pueden haber sido la causa de este fenómeno. Entre las causas de su injustificada permanencia en el ámbito propio de este trabajo –la psiquiatría– puede intuirse, sin embargo, la presencia de ciertos intereses camuflados bajo ese oportuno legado cultural, susceptible de resultar útil para la normalización social primero y para la medicalización después. En el contexto que nos ocupa, históricamente, ser racional no ha diferido demasiado de actuar acorde a patrones de conducta socialmente predominantes.

No existe justificación posible para no dar relevancia (como hace el concepto estándar de autonomía que se ha analizado) a los factores inconscientes en la identidad y el proceso deliberativo humano. Las interacciones entre estados mentales conscientes e inconscientes son constantes y bidireccionales, por lo que no tiene sentido considerar solo los primeros como representación de la identidad individual.

Además, el ser humano es en relación con su contexto, y en ese contexto tienen un protagonismo capital el resto de individuos. Es decir, la identidad personal emerge en relación con el entorno y con los individuos que forman parte de éste, por lo que no se puede concebir como un ente aislado e individual. El yo, o la identidad personal, pasaría a incluir tanto los factores inconscientes como las relaciones e interacciones con su entorno, y de esa concepción de identidad se derivan unas concepciones de agencia y de autonomía que aúnan esos rasgos.

Por este motivo, voy a proponer aquí una forma diferente de entender estos conceptos, que considero que se relaciona mejor con las conclusiones de la primera parte de este trabajo. Álvaro Moreno y Antonio Casado (Moreno y Casado, 2011) consideran que el yo “es una identidad precaria, resultado y causa de una dinámica de continuos actos de comunicación e interacción” y, por lo tanto, definen al agente autónomo como “literalmente autoconstituido por un proceso circular de interacción con el mundo externo –incluyendo aquí las interacciones con otros seres humanos– y el estado corporal interno” (2011:

55). El propio Antonio Casado, junto con Arantza Etxeberria (Casado y Etxeberria, 2014), considera que todas las dimensiones de la autonomía –la decisoria, la funcional, la informativa y la narrativa– son relacionales.

En la misma dirección, Roger Bartra (2015), explica que la identidad humana tiene características especiales que la diferencian de la del resto de organismos. A su juicio la identidad humana forma parte de un proceso de autoconciencia, y ésta se constituye en continua interacción entre el mundo interno y el externo.

Ese concepto de autoconciencia es considerado también como un elemento clave en relación con la identidad por José Luis Díaz (2015):

Yo ligaría la identidad muy fuertemente a la autoconciencia. La autoconciencia es un término interesante (...) viene, si no a sustituir, cuanto menos a naturalizar e identificar al yo tradicional. (...) En vez de hablar del yo, que es uno de los términos más vagos y más abstractos que existen en la psicología, la autoconciencia es más definible. La autoconciencia es la representación que un individuo tiene de sí mismo.

Estas construcciones de la identidad se relacionan a mi parecer mucho mejor con lo que las ciencias cognitivas y la práctica asistencial vienen destapando. Todo parece indicar que los factores inconscientes tienen un peso muy importante en esa construcción y su ejercicio. Su relación con los estados conscientes se da en ambas direcciones, por lo que parece más congruente hablar de interacción entre factores conscientes e inconscientes que de subordinación de los segundos a los primeros. Del mismo modo, opino, por lo visto hasta ahora, que la identidad personal se construye de forma interactiva y relacional, con interacciones continuas entre el mundo interno y externo al sujeto que provocan que esas fronteras entre interior y exterior se vean bastante difuminadas.

Este hecho es señalado por Roger Bartra (2015), que subraya el peso del entorno y de la cultura en la constitución de una identidad y rechaza la opción de tratar de reducir ésta al interior del individuo:

Los neurocientíficos tienen miedo a caer en el abismo o en el vacío si se escapan a cuestiones de tipo metafísico que escapan al cerebro o de tipo social o cultural, porque es un ámbito complejo. Pero no hay más remedio

que hacerlo. Para entender la conciencia, los procesos de autoconciencia, es fundamental entender que solo se puede definir si tomamos en cuenta el exocerebro, o esas prótesis culturales de carácter simbólico, que son sistemas simbólicos de sustitución de operaciones que el cerebro es incapaz de hacer por sí mismo. Los psiquiatras deben aceptar que existe este entorno sin el que ni siquiera se puede definir la conciencia. La conciencia está a caballo entre lo interno y lo externo, no se reduce al cerebro. (Bartra, 2015)

Basándome en todo lo que se viene mostrando, definiría la identidad como una representación dinámica construida interactivamente a través del tiempo mediante interacciones entre el estado corporal –resultante de la interrelación entre factores conscientes e inconscientes- y el entorno, incluyendo otros seres humanos.

A pesar de que la verosimilitud de ese carácter interactivo resulta bastante intuitiva, las dificultades aumentan a la hora de intentar esclarecer la naturaleza de esa relación individuo-contexto. Habitualmente se suele criticar de este tipo de propuestas que acaban dando prioridad a uno de los polos, propiciando la disolución de la identidad individual en el entorno, o bien, su supremacía frente a un entorno que acaba convirtiéndose en una influencia no demasiado trascendente. Autores que trabajan en ciencias cognitivas suelen hacer referencia a este problema como el *body-social problem* y la difuminación de las fronteras entre mundo interno y externo de la que deriva esa discusión es conocida en este ámbito como *interactive turn* o giro interactivo.

Algo parecido sucede en relación al aumento de la relevancia otorgada al cuerpo y a los factores inconscientes en la identidad, que suele denominarse como giro corporeizado y que no es otra cosa que la extensión de la cognición del cerebro a todo el cuerpo–y a lo inconsciente además de lo consciente. La discusión que se deriva de aquí tiene que ver con la cuestión de hasta qué punto se mantiene la identidad en ese espectro de relación entre cerebro y cuerpo o consciente e inconsciente. Miriam Kyselo (2014) trata en mayor profundidad esta cuestión a la que suele hacerse referencia en algunos ámbitos como *body-social problem* e intenta darle respuesta mediante un

enfoque enactivista basado en un yo de carácter corporeizado y social al mismo tiempo.

1.4.2.2 Una triada indisoluble: Identidad-Autonomía-Autorreconocimiento

Como potencial respuesta a esas dificultades, si Bartra habla de autoconciencia, yo prefiero hablar de autorreconocimiento como elemento clave para entender la identidad humana³³. Este autorreconocimiento tiene que ver con la correspondencia con nuestra imagen o representación de nosotros mismos, que no sería algo demasiado diferente a nuestra identidad. Esa representación abierta, dinámica y cambiante es construida interactivamente, en relación con nuestro entorno y con el resto de individuos que lo integran, y forman parte importante de ella tanto el cuerpo como los factores inconscientes asociados a él. Podría decirse que la identidad es una construcción intersubjetiva de nosotros mismos resultado y causa de las interacciones entre nuestro cuerpo –que incluye factores conscientes e inconscientes – y el entorno en el que se incluyen los otros.

En la misma línea, considero que la autonomía es el ejercicio y permanencia de esa identidad en un contexto particular. Trasladando las ideas mencionadas acerca de la identidad personal a este concepto de autonomía, entiendo que una persona no es más o menos autónoma porque influyan en mayor o en menor medida los otros sobre ella y su conducta, lo relevante es que ella se reconozca e identifique con ese modo de actuar. Lo que define un modo de actuación autónomo es el hecho de que el sujeto reconozca como propias esas decisiones o conductas –se identifique con ellas–, independientemente de que se deban más a motivos emocionales, inconscientes o a influencias de los otros. De este modo pienso que se superan algunos problemas del presentado como concepto estándar, tales como el carácter individual, y racional de la autonomía, se integra el rol de lo inconsciente y de los otros, y se da cabida también al cambio del sujeto a través del tiempo y a las incoherencias intrínsecas al ser humano.

³³ Considero que el concepto *autoconciencia* remite más a la supremacía del consciente y prefiero usar *autorreconocimiento* en referencia a un acto reflejo y no necesariamente reflexivo.

Además, como ya he mencionado, considero que esta forma de entender la identidad y la autonomía puede ser de ayuda a la hora de superar los problemas que se derivan de los ya mencionados giros de la identidad. En lo que respecta a la relación individuo-sociedad/entorno/otros, esta forma de entender interactivamente la autonomía no sería igualable a la heteronomía, porque esa idea de autorreconocimiento o de identificación con nuestro modo de actuar permite determinar que ésta siga siendo una manifestación de nuestra identidad.

Del mismo modo, el concepto de autorreconocimiento puede ayudar a dar cabida al cuerpo y lo inconsciente sin que este hecho implique una pérdida de autonomía. Como dice José Luis Díaz (2015), “si el sujeto toma una decisión autónoma sin estar modulado, regulado o limitado explícitamente en ese momento, se puede considerar autónomo aunque responda a factores inconscientes o factores biológicos que el mismo no puede sustentar, no puede conocer”. Los factores inconscientes o biológicos, no son por lo tanto una amenaza para la autonomía del sujeto. Lo determinante es que el sujeto se identifique con el resultado de esa decisión, independientemente de que haya factores ajenos a su conciencia que hayan jugado un papel más o menos importante en el proceso que la ha originado.

Al tratar de sintetizar estas cuestiones en una definición, concluyo que el concepto de autonomía derivado de estas ideas es el siguiente: la autonomía es el ejercicio y permanencia de una identidad intersubjetivamente construida mediante interacciones entre el estado corporal –resultante de la interacción entre factores conscientes e inconscientes– y el entorno –incluyendo otros seres humanos.

Los problemas relacionados con la identidad a los que están asociados muchos trastornos mentales tienen que ver a menudo con una falta de autorreconocimiento con nuestras conductas, o con la falta de reconocimiento de nuestro entorno en lo que nosotros estamos haciendo y siendo. Es decir, con una ruptura en esa identidad intersubjetivamente construida.

1.4.2.3 Una autonomía particular para una naturaleza particular

Es importante subrayar en este sentido, el carácter particular del ejercicio de la autonomía. Cada individuo posee una identidad particular y la autonomía, como ejercicio y mantenimiento de esa identidad, también varía sus características de individuo a individuo. Este hecho a menudo no es tenido en cuenta a la hora de juzgar y valorar determinadas formas de actuación. Así como se acepta que cada individuo tiene una naturaleza particular configurada mediante la interacción entre sus rasgos biológicos y experiencias vitales de carácter sociocultural, tiene sentido aceptar que cada individuo desarrolla del mismo modo una forma de ejercer la autonomía que es una manifestación de esa naturaleza. De modo que el grado de incidencia de las emociones y de los otros sobre las decisiones y acciones de cada individuo variará sin que tenga por qué alterarse su grado de autonomía.

Es decir, mientras algunos sujetos estarán actuando autónomamente aislándose casi por completo de su entorno, otros lo harán de manera igualmente autónoma dando cabida a las influencias de otros en su comportamiento y decisiones. La identidad personal es la causa y el resultado de la continua interacción entre rasgos biológicos y contexto, a la que suele hacerse referencia como *nurture* en algunos ámbitos, y la autonomía es el ejercicio de esa identidad.

Cada uno de nosotros es un producto cultural. Nuestros valores, nuestros estilos de vida e incluso la forma en que pensamos y sentimos han sido fuertemente influenciados por nuestra ubicación en la historia y la geografía. El estudio de la mente humana es fundamentalmente un estudio de lugar. (Prinz, 2012: xi)

Jesse Prinz es uno de los principales defensores del peso del contexto y de la cultura en la configuración de la identidad personal. Este profesor de la City University of New York reivindica esa variabilidad y diferencia como algo propio y exclusivo de la especie humana.

El hecho de que el naturismo sea tan popular debería ser, realmente, sorprendente. La observación causal sugiere que la biología debe tener un rol claramente limitado en la explicación del comportamiento humano. Cualquier excursión a una cafetería confirmaría esto. A diferencia de todas

las demás criaturas, los seres humanos son radicalmente variados. Si comparásemos dos chimpancés de dos localizaciones diferentes y dos siglos diferentes, las diferencias entre ambos serían minúsculas. Si comparásemos dos personas de diferente tiempo y lugar, podríamos llenar volúmenes con descripciones de cómo se diferencian. Habría también muchas similitudes, por supuesto, pero las diferencias serían asombrosas. Es un hecho obvio y fundamental acerca de los seres humanos que la *nurture* ejerce una profunda influencia en cómo pensamos y nos comportamos. (Prinz, 2012: 12-13)

Lejos de negar el peso de los aspectos biológicos en nuestra identidad, Prinz considera que la inmensa variedad existente entre la especie humana es una prueba de que es más relevante e interesante lo flexible, lo que nos diferencia, que lo determinado. Y el contexto en el que el ser humano se desarrolla es el factor moldeador de esa flexibilidad. En el tiempo, el lugar, la cultura y la sociedad del individuo –y las experiencias vividas en esa ubicación– se encontraría casi siempre, a juicio de Prinz, la respuesta a las pregunta de por qué dicho individuo piensa así, siente así, y es así.

La manera en que pensamos –no solo lo que pensamos– depende de la experiencia y la socialización. Esta perspectiva puede ser llamada nurturismo. Los nurturistas coinciden con los naturistas en que la biología importa. Si queremos entender el comportamiento humano, es importante recordar que las capacidades y motivaciones humanas están constreñidas biológicamente. Pero cuando nos centramos en esas constricciones biológicas, nos perdemos la noticia principal. Lo que hace nuestra especie más interesante es que exhibimos una variedad extraordinaria. Somos las únicas criaturas en el planeta que pueden alterar radicalmente sus programas biológicos. Los nurturistas enfatizan la flexibilidad, mientras los naturistas enfatizan la fijeza. (Prinz, 2012: 4)

Además, señala que, pese a la fama y dominancia de las teorías naturistas³⁴, no hay nada en la ciencia que invite a pensar en su éxito explicativo. Es más,

³⁴ Como ya se ha explicado, cuando en este trabajo se habla de naturalizar, se hace referencia al proceso de adaptar el concepto a lo que se conoce de la naturaleza humana y, también, se sostiene que esa naturaleza es –además de corporeizada– interactiva, contextual, particular y culturalmente mediada. De modo que lo que Prinz entiende por “teorías naturalistas” no guarda relación con lo que aquí se entiende por naturalizar que, en base a sus concepciones, podría pasar a llamarse “nurturizar”.

destaca que todos los avances e investigaciones en neurociencias y psicología apuntan a que el nurturismo puede tener una mucha mayor capacidad explicativa.

Mi visión es que la ciencia ofrece un apoyo rotundo a la perspectiva nurturista. Nada acerca del conocimiento actual del cerebro, los genes o la psicología, debería llevarnos a pensar que los naturistas ganarán alguno de los debates que he estado describiendo (Prinz, 2012: 12)

Esta visión de la naturaleza humana que destaca por la aceptación de la variabilidad y de la relevancia del contexto en la configuración individual, es coherente con la defensa de la singularidad o de la particularidad como un rasgo propio de la identidad humana. La conjunción entre unos rasgos biológicos particulares y un contexto también particular tiene como resultado una identidad personal particular, diferente a la del resto de humanos.

La autonomía, como ejercicio y manifestación de esa identidad personal, se dará también de una forma particular en cada individuo. Si Prinz habla de que sería más correcto hablar de “naturalezas humanas” que de “naturaleza humana” (Prinz, 2012), algo parecido se podría decir de la autonomía. La autonomía de cada persona será diferente a la de otra, y las variaciones del peso del entorno o del rol de las emociones en ellas, no serán más que rasgos propios de esa manera particular de ser autónomo. El contexto, las relaciones con los otros, y los factores inconscientes forman parte de la autonomía de cada individuo. Son factores que configuran esa autonomía personal, por lo que su presencia no tiene por qué ser una amenaza.

1.4.2.4 Autonomía corporeizada, interactiva y particular

Creo que este modo de entender la autonomía se relaciona mejor con lo que las neurociencias y la práctica asistencial nos parecen estar desvelando y puede ser un buen punto de partida para superar algunos de los problemas del ámbito de la bioética y la ética médica descritos en este capítulo.

Ni la identidad ni la autonomía se ven amenazadas por corporeizarse y socializarse –o interactivizarse–, y el concepto de autorreconocimiento permite hacer frente a las dos mayores dificultades conceptuales que suelen plantearse

en relación a esta forma de concebir la identidad. El autorreconocimiento proporciona la cohesión necesaria para que la identidad no se vea fracturada, es el hilo conductor que permite vincular los polos cerebro-cuerpo e individuo-entorno en ese todo singular, abierto, flexible y cambiante –a veces hasta incoherente– que es la identidad. Como ejercicio y manifestación de esa identidad, la autonomía de la que aquí se quiere hablar comparte todos esos rasgos y, pese a ser un fenómeno gradual, la presencia de ellos no debe considerarse una amenaza para ella.

Actuar autónomamente no es actuar de manera libre o independiente, eso es una aspiración difícilmente alcanzable, actuar de manera autónoma es actuar en base a lo que uno es. A menudo se iguala la autonomía a la toma de decisión libre, independiente y racional, cuando debería orientarse a la toma de decisiones propias con las que te identificas o reconoces.

En cierta medida, de esta forma, se desplaza el foco de atención del proceso previo a la acción o decisión del sujeto, cuya complejidad e inaccesibilidad sigue siendo elevada pese a los avances, para centrarlo en el resultado de dicho proceso. No quiere decir esto que ese proceso previo no sea relevante, de hecho, pienso que lo es, y mucho, pero me parece que el mejor modo de determinar si éste puede considerarse autónomo es la evaluación personal y subjetiva de su resultado. Una acción o decisión será autónoma, por lo tanto, si su autor se reconoce en ella, la siente como propia y le identifica. De esta forma se incluye la perspectiva en primera persona en la evaluación de la autonomía.

En un artículo titulado *Autonomy without a self*, Caleb R. Dewey (2016) defiende la utilidad de incluir esta perspectiva en primera persona, pero considera que, para ello, es necesario renunciar al concepto de yo o identidad³⁵. Propone la evaluación subjetiva de la autonomía al valorar que puede resultar útil para evitar la aparición del paternalismo en contextos propicios para ello, como lo son aquellos en los que la evaluación de la autonomía la realiza un agente externo. Esa evaluación interna puede resultar, a su juicio, en la determinación como autónoma de una acción o decisión que externamente puede parecer incoherente con la identidad del sujeto. El hecho

³⁵ El autor utiliza el concepto *self*.

de que éste la sienta como propia es, sin embargo, lo realmente determinante en esta evaluación.

Es precisamente ese el motivo por el que Dewey propone que el concepto de identidad no es necesario. Sin embargo, esto se debe a que la manera en la que él entiende la identidad es poco dinámica y abierta, a diferencia de lo que se viene proponiendo en este trabajo. En base a lo que se sostiene en este trabajo, la identidad es una construcción precaria y dinámica, construida a través de interacciones constantes, y es el autorreconocimiento, que no difiere demasiado de la evaluación en primera persona que Dewey propone, lo que determina en gran medida lo que queda incluido dentro de la identidad y, por extensión, de la autonomía.

Anteriormente, cuando se ha examinado la propuesta de Alfred Tauber (2011), se ha comprobado que su manera de entender la autonomía –en términos excesivamente individualistas– le lleva a rechazar su utilidad para la ética médica. Del mismo modo, se podría decir que la forma de entender la identidad por parte de Dewey es la razón de su rechazo hacia ese concepto. Quizás, si Tauber entendiera la autonomía como lo hace Dewey, y éste comprendiera la identidad del modo en que lo hace el primero, ambos tendrían una visión más optimista de los dos conceptos para la ética médica.

Se ha visto que entender la autonomía de manera interactiva puede ser útil para no tener que renunciar a ella y, sostengo, que una comprensión más dinámica y cambiante de la identidad, que dé cabida a las incoherencias propias de la naturaleza humana, puede resultar suficiente para mantenerla en relación en la autonomía. La propuesta de conceptualización de la autonomía y de la identidad aquí expuesta, y su vinculación con la autoconciencia o el autorreconocimiento, permite superar los obstáculos que ambos autores detectan para ambos conceptos en el contexto de la ética médica.

Para el contexto de la ética médica y la psiquiatría, resulta evidente que esta concepción de la autonomía puede tener una importante complejidad. Podría parecer que, de esta manera, la evaluación parece ser subjetiva y únicamente evaluable por el sujeto. Sin embargo, esto no es así porque, como se ha visto, esa identidad es construida intersubjetivamente, por lo que el reconocimiento o identificación también puede ser evaluado de manera

externa. Los otros forman una parte esencial de la manera en la que uno se ve a sí mismo, son las interacciones con los otros, en gran medida, las que permiten contruir esa representación de uno mismo.

Más allá de esa matización, lo cierto es que la evaluación de la autonomía, tal y como se viene realizando, no resulta menos problemática. Evaluar la autonomía del proceso del que resulta la decisión –y no de su resultado– también resulta complejo; las condiciones de racionalidad, ausencia de influencias internas y su identificación con un deseo de nivel alto son, como se ha visto, difícilmente cumplibles. Y, además, el proceso mismo y las razones subyacentes a él no son accesibles ni siquiera para el agente, por lo que más difícilmente lo serán para un evaluador externo que puede resultar paternalista. El resultado de ese proceso, al menos, sí lo es, y pese a sus limitaciones, devuelve al sujeto la potestad de reclamar sus acciones, decisiones y comportamientos como propios o normales –no determinados por la presencia de un trastorno.

Si se sintetiza lo expuesto en estas páginas, se obtiene como resultado la propuesta de un concepto de autonomía corporeizado, interactivo y particular, que considero que se relaciona de manera coherente con lo comprobado a lo largo de este primer capítulo.

1.5 Recapitulación

En el primer apartado del presente capítulo (1.1) se ha comprobado que el concepto de autonomía es una construcción cambiante, que ha ido mutando de la mano de su contexto y que en la actualidad, en bioética, existen diversas maneras de entender la autonomía. Sin embargo, se ha considerado que una de ellas es usada mayoritariamente en este contexto y que, por ello, suele denominarse como concepto estándar.

El segundo apartado de este primer capítulo (1.2) se ha dedicado a examinar si ese concepto estándar de autonomía propio de la bioética, construido en base a aportaciones de autores como Frankfurt y Dworkin, es coherente con lo que la neurociencia viene mostrando acerca del proceso deliberativo. Ese examen para el que se ha utilizado como guía un artículo de

Felsen y Reiner (2011) ha evidenciado que el concepto estándar de autonomía no se relaciona bien con ese conocimiento debido al excesivo peso que concede a la razón en detrimento de los factores inconscientes, y a su exclusión de las influencias externas. En este sentido, se ha podido comprobar que diversos autores que trabajan en este ámbito proponen reconceptualizar la autonomía para entenderla de un modo más interactivo y corporeizado.

En el siguiente apartado (1.3) se ha completado el examen realizado a ese concepto estándar, analizando la valoración que hacen de él autores relacionados de una u otra manera con la ética médica. Es decir, se ha tratado elucidar qué debilidades muestra el concepto estándar de autonomía para su uso en la práctica asistencial y las modificaciones que proponen estos autores para superarlas. Muchos de ellos coinciden en señalar que entender la autonomía de forma relacional y particular, prestando atención a la experiencia personal y al modo particular en que cada paciente gestiona sus emociones sería de gran ayuda.

En el último apartado de este capítulo (1.4), el más propositivo, se han tenido en cuenta las consideraciones anteriores para elaborar una propuesta de concepción de la autonomía y la identidad que se considera más coherente con lo que actualmente se parece saber acerca de nuestra naturaleza. En la primera parte de este último apartado (1.4.1), antes de presentar la propuesta concreta de reconceptualización, se han intentado elucidar las ideas principales al respecto de Friedrich Nietzsche. La concepción nietzscheana de la naturaleza humana muestra algunas fortalezas y compatibilidades con las conclusiones extraídas en los apartados que la preceden en este trabajo (1.2 y 1.3) que la convierten en una fuente de consulta interesante para la construcción del nuevo concepto.

Finalmente, se ha intentado construir un concepto de autonomía coherente con todo lo visto en este primer capítulo (1.4.2). Como resultado de esa tarea, se ha presentado un concepto de autonomía interactivo, corporeizado y particular que se considera que puede resultar adecuado para la psiquiatría.

2. Acerca del DSM y la psiquiatría

2.1 El DSM: la Biblia de la psiquiatría

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, más conocido como DSM –sigla que hace referencia a su denominación original *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*– es probablemente el producto institucional más relevante en el ámbito de la psiquiatría. Creado en 1952 por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) con el objetivo de facilitar el diagnóstico y la comunicación entre las y los profesionales de la práctica clínica, se ha convertido en una referencia internacional para la actividad clínica e investigadora en el área de la psiquiatría y la psicología.

A pesar de que, de manera paralela a su desarrollo, una institución de la talla de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ido publicando ediciones de su Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE –o, en inglés, ICD–, el DSM ha ido ganando terreno paulatinamente hasta el punto de que no son extrañas las referencias a él como “la Biblia de la psiquiatría”. Es cierto que las once ediciones de la CIE han sido y siguen siendo más utilizadas por los psiquiatras y psicólogos de nuestro continente, a excepción de los españoles, pero en ámbito académico e investigador la mayor presencia del DSM es incuestionable, del mismo modo que lo es su repercusión y poder para establecer categorías y nomenclaturas que trascienden el ámbito de la psiquiatría hasta llegar a la sociedad en su conjunto. Su poder ya no se ejerce exclusivamente en la sociedad americana, sino que se ha expandido a Europa y de manera más reciente a Asia.

Este manual establece la nomenclatura, las categorías diagnósticas, y los criterios para el diagnóstico de éstas en la práctica clínica. Esta nosología tiene un carácter histórico y sociocultural por lo que, inevitablemente, va sufriendo modificaciones a través de los años. Al DSM-I, publicado en 1952, le han

seguido otras seis ediciones en 61 años que han ido introduciendo cambios significativos de la una a la otra, reflejo de la naturaleza sociocultural de un manual que no es otra cosa que un producto de las corrientes dominantes en el ámbito psiquiátrico del momento.

No sería equivocado decir que el DSM es al mismo tiempo causa y producto del pensamiento socialmente dominante en lo que a salud mental se refiere en una sociedad determinada, la occidental, en una época determinada. Y, su desarrollo a través de diferentes ediciones evidencia, al mismo tiempo que impulsa, los cambios producidos en ésta a través de los años, del mismo modo que su expansión internacional es una muestra de la expansión de un pensamiento determinado a otras culturas y sociedades.

En mayo de 2013, la Asociación de Psiquiatría Americana publicó, envuelto en una gran polémica, el DSM-5, que representa el por ahora último producto de este fenómeno. Hasta llegar a este punto, el DSM-II (1968), el DSM-III (1980), el DSM-III-R (1987), el DSM-IV (1994) y el DSM-IV-TR (2000) habían continuado con la saga.

A continuación, examinaremos cada una de estas ediciones en relación con el contexto en el que fueron producidas en un intento por mostrar su carácter histórico y cultural, prestando atención a cómo en cada una de ellas se refleja la influencia de las ideas y valores predominantes en su época y, cómo los significativos cambios realizados en algunas de ellas evidencian los también relevantes cambios producidos en su contexto.

2.2 Desarrollo histórico del DSM: un producto sociocultural

2.2.1 Su predecesor: *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*

Los primeros pasos en la clasificación de las enfermedades mentales en Estados Unidos se remontan al siglo XIX, y se llevaron a cabo mediante la realización de censos por parte de la Oficina del Censo de Los Estados Unidos (*United States Census Bureau*), con el objetivo de recopilar datos estadísticos al respecto. Tal y como señalan Kawa y Giordano (2012: 2), la utilidad de estos

datos estaba más orientada a establecer “una política de salud mental para regular el tratamiento de los enfermos mentales institucionalizados que a propósitos de diagnóstico”. El primer censo oficial se realizó en 1840, con poco éxito, y fue la décima edición de 1880 la realmente significativa (Grob, 1991: 424).

Sin embargo, la primera propuesta elaborada de clasificación de las enfermedades mentales en los Estados Unidos no se dio hasta 1918, momento en el que la Oficina del Censo, el Comité Nacional para la Higiene Mental y la Asociación Médico-Psicológica Americana –ahora conocida como APA– publicaron el *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*. Este manual constituía la primera nosología psiquiátrica, de orientación marcadamente biologicista, debido al kraepelianismo dominante de la época, y con un enfoque somático que vinculaba la enfermedad mental a una disfunción orgánica (Kawa y Giordano, 2012: 2).

El kraepelianismo hace referencia al enfoque somático impulsado por Emil Kraepelin, quien consideraba que los trastornos mentales se debían a alguna alteración biológica o genética. Por ello, convencido de que el avance científico encontraría una base anatomopatológica de cada trastorno mental, opta por centrar el diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico en los síntomas de la enfermedad. El uso de este enfoque es comprensible al considerar que prácticamente la totalidad de los psiquiatras trabajaban en hospitales mentales, en centros públicos en los que la mayoría de los pacientes que trataban tenían daños orgánicos severos. (Grob, 1991: 426)

El manual diferenciaba veintidós categorías diferentes (American Medico-Psychological Association y National Committee for Mental Hygiene, 1918):

- *Traumatic psychoses*
- *Senile psychoses*
- *Psychoses with cerebral arteriosclerosis*
- *General paralysis*
- *Psychoses with cerebral syphilis*
- *Psychoses with Huntington's chorea*
- *Psychoses with brain tumor*
- *Psychoses with other brain or nervous diseases*

- *Alcoholic psychoses*
- *Psychoses due to drugs and other exogenous toxins*
- *Psychoses with pellagra*
- *Psychoses with other somatic diseases*
- *Manic-depressive psychoses*
- *Involution melancholia*
- *Dementia praecox*
- *Paranoia or paranoid conditions*
- *Epileptic psychoses*
- *Psychoneuroses and neuroses*
- *Psychoses with constitutional psychopathic inferiority*
- *Psychoses with mental deficiency*
- *Undiagnosed psychoses*
- *Not insane*

Otras nueve ediciones del manual, con la misma orientación, fueron publicadas hasta 1942. A pesar de ello, la utilidad clínica de éste era prácticamente nula, entre otras cosas, por su incapacidad para diferenciar claramente entre síntomas y enfermedades, reconocida por la propia Oficina del Censo. Pero, la clasificación era necesaria para la recopilación de datos estadísticos, y ésta fue la función principal del manual durante esta época, ya que su uso entre las y los psiquiatras era muy limitado.

Las críticas al *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* estuvieron presentes durante todo ese periodo, y Adolf Meyer fue la figura más representativa de esta oposición. El psiquiatra suizo reivindicaba la importancia de la historia vital individual, y criticaba por tanto la naturaleza Kraepeliana de un manual que no prestaba atención alguna a esas cuestiones. Pese a estos cuestionamientos, el manual se mantuvo prácticamente inalterado en esa época, y, como explica Grob (1991) solo la última edición, de 1942, introdujo algunas modificaciones pese a seguir guiado por una perspectiva somática:

La décima edición siguió enfatizando la base biológica de la mayoría de los trastornos mentales pero aprovisionó las psiconeurosis (histeria, estados compulsivos, neurastenia, hipocondriasis, depresión reactiva,

estado de ansiedad, anorexia nerviosa y psiconeurosis mixta) y los trastornos primarios del comportamiento (inadaptación adulta y trastornos primarios del comportamiento en niños) (Grob, 1991:426-427).

2.2.2 DSM I Y II: La influencia de la psicodinámica

Tanto la visión de Meyer como el trabajo de Sigmund Freud fueron paulatinamente ganando terreno en la esfera psiquiátrica de la época. Uno de los hechos que más contribuyó a este fenómeno fue la Segunda Guerra Mundial. Esta experiencia transformó la forma de concebir y tratar los trastornos mentales.

La relación de las y los psiquiatras con los militares participantes en el combate tuvo como consecuencia principal el reconocimiento de la relevancia de factores ambientales como el estrés en cuestiones de salud mental. Probablemente, este hecho propició a su vez que visiones que otorgaban un rol más importante a estos factores fueran ganando credibilidad y los resultados positivos de la psicodinámica³⁶ en el tratamiento de estos pacientes particulares con traumas neuropsiquiátricos contribuyeron a la expansión del psicoanálisis y la psicodinámica (Kawa y Giordano, 2012: 3).

Es en este momento cuando estas teorías empiezan a gozar de un respaldo verdaderamente fuerte, ya que aunque su origen se encuentra en los primeros años del S. XX, su presencia en el ámbito psiquiátrico era plenamente marginal hasta el momento. Tras la guerra, la psicodinámica empieza a dominar la psiquiatría, tanto en el ámbito clínico como en el académico; son los jóvenes psiquiatras con esta visión formada en los años de guerra los que se ubican al frente de esta disciplina (Grob, 1991) y el proceso se completa en 1946, cuando la *American Board of Psychiatry* la considera oficialmente la escuela de pensamiento líder (Kawa y Giordano, 2012: 3).

La influencia más directa en la práctica es que la salud y enfermedad mental empiezan a concebirse como cuestiones graduales, es decir, se deja de considerar la disfunción orgánica como única causa de la enfermedad mental, y

³⁶ Teoría derivada del psicoanálisis que también ubica en el inconsciente la causa de muchos trastornos mentales, concediendo gran importancia a la experiencia personal.

la relevancia ganada por los factores ambientales propicia que se preste atención a la experiencia vital y 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. Esto es explicado por Grob (1991: 427) que considera que “más que ninguna otra cosa, la guerra ayudó a unificar la creencia en que el estrés ambiental contribuía a la inadaptación y que las intervenciones humanas intencionadas podían alterar los resultados psicológicos”.

En el ámbito institucional, la formación del Grupo para el Avance de la Psiquiatría (GAP) en 1946, formado por jóvenes profesionales que promovían la integración de la psicodinámica a través de la reorganización y reestructuración de la APA y su actividad, actuó como un elemento de presión que aceleró el proceso de cambio. También en la nosología, ya que el choque conceptual entre las nomenclaturas y clasificaciones de la APA –con su Manual estadístico– y las propias de las teorías potenciadas por la experiencia de los años bélicos generaba un contexto realmente confuso que había necesidad de estabilizar.

Es en este contexto en el que la Asociación de Psiquiatría Americana opta por dejar de lado la opción conservadora que supondría la creación de una nueva edición del *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*, y lanzarse a tareas más ambiciosas que desembocarían en la publicación de la primera edición del *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-I, en 1952.

Este nuevo manual, cuya elaboración se dio bajo la responsabilidad de George N. Raines –director del Comité de Nomenclatura y Estadística de la APA– y en el que claramente se puede apreciar la herencia del *Medical 203* –nosología de las Fuerzas Armadas– contiene 106 categorías diagnósticas basadas en un enfoque de carácter claramente psicodinámico. Estas categorías se encuentran divididas en el manual, de acuerdo a su causa, en dos grandes grupos: “trastornos causados por o asociados con el deterioro de una función del tejido cerebral” y “trastornos de origen psicogénico o sin una

claramente definida causa física o cambio estructural en el cerebro” (APA, 1952).

El segundo de estos grupos es el que evidencia claramente la influencia de la teoría psicodinámica y psicoanalista dominante en la psiquiatría de la época sobre la clasificación. Los trastornos mentales, que en todas las ediciones del *Statistical Manual* habían estado asociados únicamente a disfunciones orgánicas, pasan a vincularse a otras causas posibles ubicadas fuera del organismo del individuo, como el entorno o el contexto, o, para ser más riguroso, a la conjunción de esos estresores ambientales con un individuo incapaz de adaptarse a ellos.

Entre los trastornos mentales con este origen aparecen en el manual los siguientes: trastornos psicóticos, trastornos psicofisiológicos, autonómicos y viscerales, trastornos psiconeuróticos, los trastornos de la personalidad y trastornos de la personalidad situacionales y transitorios. Y dentro de estos subgrupos se encuentran trastornos más concretos denominados, en muchos casos, con el nombre de “reacción” seguido de un apellido determinado, lo que prueba la influencia del trabajo de Adolf Meyer sobre la psiquiatría de la época en general, y sobre la clasificación del DSM-I en particular. La inclusión de la inadaptación del sujeto a los estresores ambientales como causa de trastorno mental es una clara evocación a la perspectiva psicobiológica promovida por el psiquiatra Suizo (Kawa y Giordano, 2012: 3; Grob, 1991).

Pese a que el uso del DSM-I en la práctica psiquiátrica fue bastante reducido, como señalan Kawa y Giordano, sirvió para “sentar las bases para una categorización cada vez más estandarizada de la salud mental” (2012:3).

La segunda edición del manual, publicada en 1968, siguió representando la supremacía de la psicodinámica pese a introducir algunos cambios que lo alejaban un poco de la plena correspondencia con este enfoque. En el DSM-II, tal y como explican Kawa y Giordano, se aumentó la sistematicidad y especificidad de la clasificación, además de expandir las definiciones de enfermedad mental de modo que fueran “más inclusivas con las condiciones más leves observadas en la población general” (2012:3). Otro cambio significativo apuntado por estos autores es la desaparición, en el DSM-II, del término “reacción” –de clara connotación psicodinámica–, acompañado de una

aclaración en la sección de “guía a la nueva nomenclatura” para evitar que el movimiento se interpretase como un guiño al modelo kraepeliano:

Algunos individuos puede que interpreten este cambio como un regreso a una forma de pensar kraepeliana, en la que se ven los trastornos mentales como entidades de trastorno fijas. En realidad esta no fue la intención del Comité de Nomenclatura y Estadísticas de la APA: “[El Comité] intentó evitar términos que lleven consigo implicaciones relativas a la naturaleza del trastorno o a sus causas [...]. En el caso de las categorías de diagnóstico respecto a las cuales hay controversia vigente en cuanto a la naturaleza o causa del trastorno, el Comité ha intentado seleccionar términos que pensó atarían lo mínimo el juicio del usuario. (APA, 1968: 122-123).³⁷

En este sentido, también puede señalarse la recuperación del término psicosis para su uso en la clasificación de este manual. Esta clasificación vio modificada su categorización, si bien es cierto que el cambio afectó a la forma más que al contenido. Se reestructuraron las categorías, pero no como respuesta a la aparición de nuevo conocimiento o a un cambio de ideología, sino, probablemente, a ciertas necesidades que se habían percibido en la práctica.

Cambios del DSM-I al DSM-II

Desaparecen los dos grandes grupos de categorías que estructuraban el DSM-I (*Disorders caused by or associated with impairment of brain tissue function* y *Disorders of psychogenic origin or without clearly defined physical cause or structural change in the brain*), y el manual pasa a estructurarse ahora, directamente, en once categorías:

- i. Mental Retardation*
- ii. Organic brain syndromes (II.A Psychoses associated with organic brain syndromes, II.B Non-psychotic organic brain syndromes)*
- iii. Psychoses not attributed to physical conditions listed previously*
- iv. Neuroses*

³⁷ Texto original en el DSM-II (1968): “Some individuals may interpret this change as a return to a Kraepelinian way of thinking, which views mental disorders as fixed disease entities. Actually this was not the intent of the APA Committee on Nomenclature and Statistics: “[The Committee] tried to avoid terms which carry with them implications regarding either the nature of a disorder or its causes [...]. In the case of diagnostic categories about which there is current controversy concerning the disorder’s nature or cause, the Committee has attempted to select terms which it thought would least bind the judgment of the user.” (APA, 1968:122-123).

- v. *Personality Disorders and certain other non-psychotic mental disorders*
- vi. *Psychophysiologic Disorders*
- vii. *Special Symptoms*
- viii. *Transient situational disturbances*
- ix. *Behavior disorders of childhood and adolescence*
- x. *Conditions without manifest psychiatric disorder and non-specific conditions*
- xi. *Non-diagnostic terms for administrative use*

La desaparición de esa distinción de carácter general es prácticamente irrelevante, ya que no altera la naturaleza de las categorías propias de la siguiente subdivisión, de tal forma que podría interpretarse con relativa facilidad que las dos primeras categorías serían las propias del primer gran grupo del DSM-I y las siguientes las que se ubicaban en el segundo.

La categoría *Mental Retardation* sustituye a la anterior *Mental Deficiency*. La categoría *Organic Brain Syndromes* engloba las anteriores categorías *Acute Brain Syndromes*, *Chronic Brain Syndromes With Psychotic Reaction Associated With*, y *Chronic Brain Syndromes With Neurotic Reaction*. *Psychoses not attributed to physical conditions listed previously* se corresponde con la anterior *Psychotic Disorders*, del mismo modo que *Transient Situational Disturbances* es tan solo una forma nueva de denominar a la categoría *Transient Situational Personality Disorders* propia del DSM-I.

Como categorías nuevas surgidas en esta edición del manual, solo se encuentran las categorías *Special Symptoms* y *Behaviour Disorders of Childhood and Adolescence*. Junto con ellas aparece una nueva categoría de características un tanto diferentes como lo es *Conditions Without Manifest Psychiatric Disorder and Non-Specific Conditions*.

Mayes y Horwitz (2015: 250) señalan respecto a estas dos primeras ediciones que “el DSM-I y el DSM-II hicieron poco esfuerzo en proporcionar esquemas de clasificación elaborados, porque los síntomas manifestados no revelaban entidades de trastorno, sino disfrazaban conflictos subyacentes que no podían ser expresados directamente”. El DSM-II constituye el final de esta etapa inicial del manual, en la que la teoría psicodinámica orientó su estructura y clasificación. Esta visión que empapa las dos primeras ediciones del manual

dejó paso, en las siguientes, a una nueva orientación que aún hoy se mantiene como guía y principio rector del DSM.

2.2.3 El DSM III: El origen de la medicalización

Los profundos cambios y movimientos sociales propios de esta época tuvieron también su impronta en el ámbito psiquiátrico. Si bien es cierto que la psiquiatría siempre ha estado bajo sospecha, debido a la controvertida naturaleza de su objeto y métodos de tratamiento, en los años 60-70 las críticas se tornaron especialmente duras. La conjunción de una serie de factores situó a la psiquiatría ante una importante crisis de legitimidad.

Para empezar, la convulsa realidad social proporcionaba un contexto favorable a la crítica y cuestionamiento de lo establecido, terreno virgen desde décadas atrás. Este hecho hizo que la crítica aflorara de manera contundente y que los cimientos aparentemente sólidos en los que se venía asentando la psiquiatría comenzaran a tambalearse. Como se ha visto en relación a la autonomía a través de la experiencia relatada por Tauber, es precisamente en esta época, en los primeros años de la década de los 70, cuando surge la bioética en Estados Unidos. Las nuevas demandas y cuestionamientos que ésta trajo consigo también formaron parte de esta convergencia de factores.

Autores que se ubicaban en el ámbito de la antipsiquiatría centraron sus críticas en esta disciplina a la que recriminaban su carácter pseudocientífico. Quizás el máximo representante de esta corriente fuera Thomas Szasz quien, en trabajos como *El mito de la enfermedad mental* (1976), consideraba los trastornos mentales construcciones sociales orientadas a la normalización y el control social. Para Szasz, la psiquiatría era una herramienta de control del estado, utilizada para someter y enmudecer a los inconformistas bajo las etiquetas psiquiátricas; lejos de servir a los intereses de los pacientes, la psiquiatría actuaba, a su juicio, en beneficio de intereses profesionales y políticos (Mayes y Horwitz, 2005: 252). Sobre este vínculo entre poder y psiquiatría es especialmente relevante el trabajo de Michel Foucault que, en obras como *Historia de la locura en la época clásica* (1961) o *El nacimiento de la clínica* (1963), trataba de rastrear y desenmascarar las causas y

relaciones de poder que han ido configurando la consideración de la sinrazón, la locura y la enfermedad propia de cada sociedad.

Warren Kinghorn (2013: 49) explica cómo la publicación de la obra de Szasz en 1961, el éxito cinematográfico de *Alguien voló sobre el nido del cuco* (1975), el experimento Rosenhan³⁸, publicado en la revista *Science* en 1973, y la repercusión del debate acerca de la exclusión de la homosexualidad del DSM-II, evidenciaron el difícil momento atravesado por la psiquiatría.

La teoría psicodinámica que, como hemos visto, había pasado a dominar la psiquiatría tras el periodo de guerra, resultaba incómoda por diferentes motivos. Además de despertar la crítica de la antipsiquiatría, la falta de una demarcación clara de los trastornos mentales y la poca fiabilidad de su diagnóstico generaban reacciones por parte de otros implicados cuya actividad estaba vinculada, de una u otra forma, al diagnóstico psiquiátrico. Instituciones como el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) o los gobiernos federales redujeron los fondos destinados a la investigación psiquiátrica al considerar poco rigurosa la psicodinámica, y profesionales no médicos como psicólogos y trabajadores sociales empezaron a ofrecer los mismos servicios terapéuticos basados en la psicodinámica a un coste menor, lo que ponía a las y los psiquiatras ante el reto de demostrar su superioridad diagnóstica y terapéutica, al mismo tiempo que la escuela neo-kraepeliana iba ganando fuerza en la sombra (Kawa y Giordano, 2012: 4).

Las compañías aseguradoras también se encontraban directamente vinculadas a la trama. El hecho de que la eficacia de los tratamientos de psicoterapia que costeaban fuera difícilmente demostrable provocó que se convirtieran en un activo importante contra la psiquiatría psicodinámica (Mayes y Horwitz, 2005: 253). Durante las décadas de los 60 y 70 las compañías de seguros fueron aumentando sus coberturas, bajo las cuales se incluían los

³⁸ Experimento publicado bajo el título "On being sane in insane places" en el que un grupo de investigadores liderado por David Rosenhan trató de demostrar la poca fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico haciéndose pasar por enfermos mentales para conseguir un diagnóstico positivo. El estudio constó de dos fases: en la primera de ellas falsos enfermos fueron enviados a distintos centros psiquiátricos de Estados Unidos y, lejos de ser reconocidos, fueron diagnosticados como enfermos y ni siquiera tras confesar su estado a las y los profesionales fueron dados de alta, sino lo contrario, su confesión fue interpretada como síntoma de trastorno; y, en la segunda, un centro se prestó a que Rosenhan les enviara pseudoenfermos para reconocerlos, y tras identificar decenas de posibles falsos enfermos, el investigador confesó no haber enviado a nadie.

costes de tratamientos de psicoterapia que les resultaban bastante problemáticos. Reclamaban que se demostrara la eficacia de los tratamientos para trastornos mentales concretos en un intento por limitar y justificar los gastos. Del mismo modo que las instituciones que destinaban fondos a la investigación, las compañías aseguradoras fueron críticas con la psiquiatría dominante en la época por su incapacidad para mostrar resultados eficientes.

Mayes y Horwitz hacen referencia a un proceso de “deinstitucionalización” que también fue relevante para el derrocamiento de la psiquiatría psicodinámica. Con este término denominan el proceso de “liberación de muchos pacientes psiquiátricos de larga duración de los hospitales de salud mental estatales, que acogían a personas con trastornos mentales por largos periodos de tiempo” (Mayes y Horwitz, 2005: 254). Explican que, hasta la década de los 60, esta práctica estaba muy extendida, pero que la gran mayoría de las y los psiquiatras miembros de la APA se fue desvinculando de estas instituciones en las que los enfermos eran aislados bajo duras condiciones. Consideran que uno de los factores clave para el advenimiento de este proceso de “deinstitucionalización” fue la aparición de una serie de fármacos que permitieron a este tipo de pacientes convivir en sociedad condicionados por los efectos de estas drogas. Entre estos fármacos destacan el chlorpromazine o thorazine, un psicótico introducido en 1954 que limitaba las reacciones y los síntomas más problemáticos de la psicosis para que los afectados pudieran mantenerse en sus comunidades.

La nueva política pública promovida por el gobierno federal, cristalizada en el programa *Community Mental Health Centers* de 1963 y en los *Medicare* y *Medicaid* de 1965, junto con las demandas por parte de los defensores de los derechos civiles para que se expandiera la protección legal frente al internamiento involuntario en hospitales psiquiátricos son, para estos autores, los otros factores generadores del proceso de “deinstitucionalización” (Mayes y Horwitz, 2005).

Este proceso fue determinante para la psiquiatría posterior, puesto que tuvo como consecuencia, además de una potenciación del estado de bienestar promovido por esas políticas y medidas gubernamentales, un enorme incremento del uso de fármacos por parte de las y los psiquiatras (Kawa y

Giordano, 2012: 4). Las implicaciones del proceso de psicofarmacologización tuvieron una relevancia capital en el devenir de la psiquiatría, tanto que, según S. Nassir Ghaemi, “la revolución farmacológica sentó las bases para la restauración neo-kraepeliana” (2009:2) y, por extensión, para el DSM-III.

El estatus científico de la psiquiatría se encontraba cuestionado, del mismo modo que lo estaba la supremacía de sus métodos de tratamiento frente a los realizados por otros profesionales. Su incapacidad para definir una frontera clara entre los comportamientos normales y los patológicos y para demostrar la eficiencia de sus tratamientos había puesto en su contra tanto a críticos como a protagonistas poderosos del entramado psiquiátrico. La única solución parecía ser un cambio, y todos los indicios apuntaban hacia un modelo biomédico. De esta forma conseguiría burlar las críticas de quienes la tildaban de pseudociencia, al mismo tiempo que estaría en disposición de ofrecer resultados más fácilmente cuantificables.

Como ha podido intuirse, todo parece indicar que el cambio de modelo se cimentó más sobre intereses de carácter político-económico vinculados a instituciones y entidades empresariales de gran poder en este ámbito, que sobre los intereses y necesidades de los pacientes y de la propia actividad como promotora de bienestar. El hecho es que el cambio se produjo y que la psiquiatría actual es, sin lugar a dudas, una consecuencia de la revolución gestada en ese momento.

El proceso de cambio fue lento y fueron muchos los pasos que lo conformaron, pero este clima de transición se fue concretando en diversos eventos que desembocaron en el acto último y producto principal del cambio de modelo psiquiátrico: El DSM-III publicado en 1980. Shadia Kawa y James Giordano (2012: 4) recogen algunos de los eventos principales que fueron constituyendo la respuesta de la comunidad psiquiátrica a ese clima de amenaza: la conferencia de 1965 acerca de la clasificación psiquiátrica, patrocinada por la rama de psicofarmacología del NIMH; la formulación de criterios para el diagnóstico operacional de la *Washington University* en los primeros años de la década de los 70; y el desarrollo del Criterio Diagnóstico de Investigación (*Research Diagnostic Criteria*, RDC) por parte del Estudio Colaborativo de Psicobiología de la Depresión del NIMH.

También tuvieron una gran repercusión las protestas de los activistas gays, llevadas a cabo en cada convención anual de la APA entre 1970 y 1973, pidiendo la erradicación de la homosexualidad como trastorno mental clasificado en el DSM-II (Mayes y Horwitz, 2005: 258-259). Protestas en las que apuntaban a que estas clasificaciones tenían más que ver con ideologías predominantes, construcciones sociales y presiones de tipo político que con realidades biológicas o médicas y tuvieron como consecuencia la supresión de la homosexualidad de la clasificación de los trastornos mentales en 1974³⁹.

Paralelamente, la escuela neo-Kraepeliana iba expandiendo su influjo. La crisis de la psiquiatría de enfoque psicodinámico y los numerosos factores que la amenazaban proporcionaban un contexto inmejorable para su irrupción. Emil Kraepelin (Neustrelitz, Alemania 1856-1926) había abogado por un enfoque somático, por fundamentar el diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico en los síntomas de la enfermedad, dejando de lado las causas subyacentes, cuyo establecimiento estaba a su juicio ligado a especulaciones que serían sustituidas por correspondencias biológicas sólidas con el avance del conocimiento científico. Es decir, como explica Joel Paris (2013: 39) rechazaba el carácter especulativo propio del psicoanálisis y consideraba que hasta que fuera posible un mayor conocimiento del cerebro, era más interesante prestar atención a la descripción de la psicopatología.

Esta corriente de pensamiento que ya había dominado Europa, resurge en Estados Unidos en la época de los 80 denominada como neo-kraepelianismo, y se erige en el enfoque constituyente del DSM hasta la actualidad. En este resurgimiento jugó un papel esencial un grupo de la Washington University al mantener viva una escuela de pensamiento que había sido del todo marginada y aprovechar el momento de debilidad de la psicodinámica para reavivarla.

³⁹ En la séptima edición del DSM-II, publicada en julio de 1974 se introduce una nota especificando la nueva condición de la homosexualidad (vía Mayes y Horwitz, 2005: 259). Esta "nota especial" de la página VI contenía lo siguiente: "Since the last printing of this Manual, the trustees of the American Psychiatric Association, in December 1973, voted to eliminate Homosexuality per se as a mental disorder and to substitute therefore a new category titled Sexual Orientation Disturbance. The change appears on page 44 of this, the seventh printing. In May, 1974 the trustees' decision was upheld by a substantial majority in a referendum of the voting members of the Association." (APA, 1974:VI)

Las continuas demandas de demostrabilidad que recibía la psiquiatría de la época podrían ser afrontadas, en gran medida, con este nuevo enfoque que permitiría establecer nosologías y clasificaciones comparables con las propias de otras áreas de la medicina. Tal y como explica Allan Young, el enfoque de Kraepelin se basaba en tres ideas fundamentales:

que los trastornos mentales deben entenderse como análogos con las enfermedades físicas; que la clasificación de los trastornos mentales requiere una observación cuidadosa de los síntomas visibles en lugar de en inferencias basadas en teorías causales no probadas; y que la investigación empírica demostrará el origen orgánico y bioquímico de los trastornos mentales. (Young, 1995, vía Mayes y Horwitz, 2005: 260).

Esta corriente de pensamiento fue empapando todo este proceso de cambio que, como ya se ha adelantado, llevaría a la creación del DSM-III, uno de los productos institucionales más relevantes y trascendentales de la historia de la psiquiatría. La elaboración de este manual, respuesta a la psiquiatría anterior y exponente de la futura, estuvo dirigida por Robert Spitzer un prestigioso psiquiatra de la Universidad de Columbia. A Spitzer, que ya había sido consultado en el proceso de desarrollo del DSM-II, se le encomendó en 1974 la tarea de coordinar la revisión de ese mismo manual con el objetivo de hacerlo compatible con la nomenclatura del ICD. Sin embargo, esa tarea y objetivo iniciales planteados por la APA se vieron ampliados sobre la marcha.

Se ha visto ya que diversos fenómenos de la época convergían en una demanda bastante expandida de que se volvieran a trazar las fronteras de los trastornos mentales y Spitzer, de la mano de su grupo de trabajo, no consideró oportuno omitirla. De modo que este grupo de trabajo inicial configurado y liderado por el psiquiatra de la Universidad de Columbia y formado por ocho psiquiatras y psicólogos fue el encargado de dar respuesta a esa demanda a través de la redacción de un nuevo manual. Sería negligente no apuntar que los miembros seleccionados por Spitzer tenían un perfil bastante homogéneo de dedicación a la investigación diagnóstica de orientación médica y no tanto a la práctica clínica (Millon, 1986, vía Mayes y Horwitz, 2005).

El resultado, como cabía esperar, fue un ansiolítico para la convulsionada situación a la que se enfrentaba la psiquiatría de la época. El DSM-III, un

manual de orientación biomédica y de rasgos neo-kraepelianos, vio la luz en 1980. Esta nueva edición del manual fue un claro reflejo del cambio de paradigma de la psiquiatría. Como apuntan Kawa y Giordano (2012: 4), en ella se eliminó la terminología propia de la psicodinámica, incluyendo, en cierta medida, el concepto de “neurosis”⁴⁰, que fue sustituido por el de “trastorno neurótico” (*neurotic disorder*), añadido entre paréntesis después de cada trastorno renombrado que se correspondiera con las categorías hasta entonces conocidas como neurosis. Spitzer y su grupo entendían que el concepto no gozaba de sustento empírico y, pese a que encontraron una fuerte oposición en su voluntad de eliminarlo, consiguieron encontrar la ya mencionada fórmula para limitar su protagonismo (Mayes y Horwitz, 2005: 262).

Además, Spitzer y Jean Endicott –uno de los miembros del grupo– se sumieron en la labor de encontrar una definición de trastorno mental que consideraban que debía constar en el DSM-III, pese a que no había tenido presencia en ninguna de las ediciones anteriores del manual. Sus propuestas fueron negativamente acogidas tanto en 1976 como en 1978 por la APA, que no compartía su visión de que fuera necesaria ni útil definición alguna. La presentada en 1978 proponía entender los trastornos mentales como una subcategoría de los trastornos médicos, opción que terminaron por descartar para, en los meses finales de trabajo en el DSM-III, lanzarse en un último intento por generar una definición que ayudara a discernir “qué condiciones incluir o excluir de la clasificación de los trastornos mentales del DSM-III y como guía en la definición de las fronteras de los diversos trastornos mentales” (Spitzer y Williams, 1982, vía Kinghorn, 2013).

Lo cierto es que más que trazar una frontera rigurosa y convincente entre lo normal y lo patológico, lo que se hizo en el DSM-III fue modificar la naturaleza de esa frontera, en un intento por reflejar que se asentaba sobre criterios objetivos propios de su estatus científico-médico. Es decir, el grupo de trabajo hizo frente a las demandas lanzadas a la psiquiatría dando una respuesta que parece estar más basada en la voluntad de satisfacer el gusto o

⁴⁰ Tal y como explican Mayes y Horwitz (2005: 262), el concepto de neurosis “utilizado por los defensores de la psicoterapia, describía el proceso subyacente al conflicto psicológico interno presente virtualmente en todos los individuos, que resultaba en síntomas que servían al control inconsciente de la ansiedad”.

reclamo de éstas que en unos criterios rigurosos, comprobables y naturalistas que aún permanecían inexorables para ellos.

La deficiente definición de trastorno mental publicada en el DSM-III se iniciaba con la sentencia “no existe una definición satisfactoria que especifique los límites precisos del concepto ‘trastorno mental’”⁴¹. Pero, más allá de esta definición que, en teoría, pretendían que sirviera como eje separador de lo que se ubica dentro y fuera de la frontera de los trastornos mentales –y a la que prestaré especial atención en un apartado posterior (2.5) la clasificación fue alterada significativamente, reflejando el cambio de paradigma que se estaba consumando.

Una de las consecuencias más trascendentes de este cambio fue el aumento de categorías de diagnóstico, de las 182 del DSM-II a las 265 del DSM-III. Es decir, en apenas doce años surgen ochenta y tres categorías más. Categorías que pasaban a incluir, todas ellas, criterios operacionales de carácter descriptivo para determinar la inclusión o no de las conductas en cuestión. Muchas de esas categorías respondían a escisiones en subcategorías de categorías presentes en los manuales previos que ahora pasaban a considerarse trastornos específicos. Destacan entre este tipo de categorías las derivadas de lo que previamente se conocían como neurosis, un concepto asociado a la psicodinámica que parece intentar evitarse.

Pero también aparecieron nuevas categorías respecto a la edición anterior. Como señalan Kawa y Giordano, surgen en esta edición, entre otros:

el trastorno de estrés postraumático, trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia (como tres tipo de trastornos de déficit de atención), siete

⁴¹ En el DSM-III original: “there is no satisfactory definition that specifies precise boundaries for the concept ‘mental disorder’ (also true for such concepts as physical disorder and mental and physical health). Nevertheless, it is useful to present concepts that have influenced the decision to include certain conditions in DSM-III as mental disorders and to exclude others. In DSM-III each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral 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 important areas of functioning (disability). In addition, there is an inference that there is a behavioral, psychological, or biological dysfunction, and that the disturbance is not only in the relationship between the individual and society. (When the disturbance is *limited* to a conflict between an individual and society, this may represent social deviance, which may or may not be commendable, but is not by itself a mental disorder.)” (APA, 1980: 5-6).

tipos de 'disfunciones psicosexuales' y cuatro clases de 'trastornos del control de los impulsos no incluidos en otras categorías. (2012:5)

Entre las desapariciones destacó la supresión de la categoría relativa a la homosexualidad. El establecimiento de criterios operacionales en cada categoría de trastorno, para determinar la inclusión o exclusión de los comportamientos de los pacientes, además de la introducción de un sistema multiaxial de diagnóstico, fueron también modificaciones relevantes generadas en esta edición del manual.

De la psicodinámica al neo-kraepelianismo: análisis de los cambios del DSM-II al DSM-III.

EL DSM-III se divide en diecisiete categorías principales:

- *Disorders Usually First Evident in Infancy, Childhood or Adolescence*
- *Organic Mental Disorders*
- *Substance Use Disorders*
- *Schizophrenic Disorders*
- *Paranoid Disorders*
- *Psychotic Disorders Not Elsewhere Classified*
- *Neurotic Disorders*
- *Affective Disorders*
- *Anxiety Disorders*
- *Somatoform Disorders*
- *Dissociative Disorders (Or Hysterical Neuroses, Dissociative Type)*
- *Psychosexual Disorders*
- *Factitious Disorders*
- *Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified*
- *Adjustment Disorder*
- *Psychological Factors Affecting Physical Condition*
- *Personality Disorders*

Estas categorías se encuentran divididas a su vez en diversas subcategorías mediante las cuales se ordenan todos los trastornos mentales. A continuación se presentan las numerosas modificaciones introducidas en este manual en relación a cada una de las categorías.

En la categoría *Disorders Usually First Evident in Infancy, Childhood or Adolescence* se introducen seis subcategorías nuevas, inexistentes hasta el momento: *Attention déficit disorders* (incluye tres tipos de trastorno nuevos), *Conduct disorder* (con cinco tipos de trastorno de los cuales solo *undersocialized aggressive* aparecía en la edición anterior), *Anxiety disorders of infancy, childhood or adolescence* (incluye dos nuevos tipos como *Separation anxiety disorder* y *Avoidant disorder of childhood or adolescence*), *Other disorders of infancy, childhood or adolescence* (aparecen cinco nuevos tipos de trastorno), *Pervasive developmental disorders* (tres nuevos tipos) y *Specific Developmental Disorders* (que incluye seis nuevos trastornos mentales).

Además, en esta misma categoría, se incluyen tres subcategorías que absorben trastornos ya incluidos en la edición anterior del manual o que se han ramificado. *Eating disorders* incluye cinco trastornos; *Other disorders with physical manifestations* incluye la categoría antes llamada *Disorders of sleep* que ahora se divide en dos, y también otros trastornos incluidos hasta entonces en *Special symptoms*; y, *Stereotyped movement disorders*, que viene a dar cabida a la ramificación en cinco trastornos de la subcategoría *Tic* antes incluida en *Special symptoms*. *Mental retardation*, pasa a ser una subcategoría de este apartado, cuando hasta ahora era una categoría específica. Por lo que, solo esta categoría, incluye diez subcategorías de las cuales seis son nuevas, tres son derivadas de subcategorías anteriores y una antes era una categoría en sí misma. En total cuarenta y seis trastornos de los cuales veinticuatro no parecen tener un predecesor claro en el DSM-II.

La categoría *Organic Mental Disorders*, derivada de la del DSM-II *Psychoses Associated With Organic Brain Syndromes*, se divide en dos secciones según su etiología. La primera sección incluye los trastornos alistados en la sección de trastornos mentales del ICD-9-CM, y la segunda hace referencia a los trastornos de etiología desconocida o alistada como diagnóstico adicional de fuera de la sección de trastornos mentales de ICD-9-CM.

La primera sección se bifurca en las subcategorías *Dementias arising in the senium and presenium*, ya presente en el manual anterior aunque menos especificada, y *Substance induced* que además de incluir la subcategoría

alcohol –que puede interpretarse como una derivación de alcoholic psychosis– añade nueve sustancias más.

La segunda sección es completamente nueva e incluye ocho trastornos.

La categoría *Substance use disorders* que tiene su origen en su predecesora *Drug dependence*, se mantiene prácticamente inalterada, aunque en ella se añade el concepto de abuso como trastorno además de la dependencia.

Schizophrenic disorders pasa a ser una categoría en sí misma –derivada de la subcategoría Schizophrenia de la categoría del DSM-II *Psychoses not attributed to physical conditions listed previously*– y se reducen a cinco los tipos que incluye.

En esa misma categoría del DSM-II se encontraba la subcategoría *Paranoid states*, que en esta nueva edición muta en categoría independiente e incluye la nueva variante *shared paranoid disorder*.

La categoría *Psychotic Disorders Not Elsewhere Classified* es nueva en su totalidad ya que ninguno de los cuatro trastornos que incluye (*Schizophreniform disorder*, *Brief reactive psychosis*, *Schizoaffective disorder*, *Atypical psychosis*) tiene origen alguno en la edición previa del manual.

Neurotic disorders sustituye a *Neuroses*, y este tipo de trastornos que antes se incluían agrupados bajo esa misma etiqueta, ahora se reparten con diferente nombre en las próximas cuatro categorías, en lo que se interpreta como el paso previo a la desaparición total del concepto neurosis. La presencia de esta categoría es plenamente residual, ya que aparece desprovista de los trastornos que antes englobaba y que ahora son clasificados en otras categorías.

Una de ellas es la categoría *Affective Disorders*, derivada de la categoría *Major affective disorders*, se divide en tres subcategorías: *Major affective disorders*, ya presente en la edición anterior aunque ahora solo incluye el *Major affective disorder* además del nuevo *Bipolar disorder*; *Other specific affective disorders* que se divide a su vez en *Cyclothymic disorder* (antes en los Personality disorders) y *Disthymic disorder*; y, *Atypical affective disorders* en la

que aparecen los nuevos trastornos *Atypical bipolar disorder* y *Atypical depression*.

La categoría *Anxiety disorders* surge de la unión entre las subcategorías del DSM-II *Anxiety neurosis* y *Phobic neurosis* y se divide en tres categorías: *Phobic disorders (or Phobic neuroses)*, *Anxiety states (or Anxiety neuroses)* y *post-traumatic stress disorder*. La primera deriva de *Phobic neurosis* pero se subdivide en cuatro trastornos nuevos (*Agoraphobia with panic attacks*, *Agoraphobia without panic attacks*, *Social phobia* y *Simple phobia*). La segunda proviene de *Anxiety neurosis* y se subdivide en tres trastornos (*Panic disorder*, *Generalized anxiety disorder* y *Obsessive compulsive disorder* (derivado de *Obsessive-compulsive neurosis*). Mientras que la tercera es nueva e incluye los tipos *Acute*, *Chronic or delayed* y *Atypical anxiety disorder*.

Los *Somatoform disorders* constituyen una categoría que incluye cinco trastornos de los cuales tres son nuevos (*somatization disorder*, *psychogenic disorder* y *atypical somatoform disorder*) y dos son derivados de neurosis anteriores (*conversion disorder*, *hypochondriasis*).

La categoría *Dissociative disorders (or Hysterical neuroses, Dissociative type)* es obviamente una adaptación de *Hysterical neurosis Dissociative type* que acoge cuatro trastornos de los cuales tres son nuevos (*psychogenic amnesia*, *psychogenic fugue* y *multiple personality*) y dos son derivados de neurosis anteriores (*derpersonalization disorder* y *atypical dissociative disorder*).

Psychosexual disorders es una categoría nueva que surge como ampliación de las *sexual deviations*, ahora llamadas *paraphilias*. Incluye cuatro subcategorías de las cuales tres son nuevas (*gender identity disorders*, *psychosexual dysfunctions* y *other psychosexual disorders*) y una, *paraphilias*, deriva de *sexual deviations*.

Gender identity disorders incluye los trastornos *transsexualism*, *gender identity disorder id childhood* y *atypical gender identity disorder*; las *paraphilias* incluyen nueve trastornos, de los cuales ocho se mantienen tal y como estaban en las *sexual deviations* y se introduce la *zoofilia* en lugar de la desaparecida

homosexualidad; *Psychosexual disfunctions* incluye ocho nuevos trastornos y *Other psychosexual disorders* incluye dos nuevos trastornos.

También es nueva la categoría *Factitious disorders* que engloba tres nuevos trastornos: *factitious disorder with psychological symptoms*, *chronic factitious disorder with physical symptoms* y *atypical factitious disorder with physical symptoms*.

Del mismo modo surge *Disorders of impulse control not elsewhere classified* con seis nuevos trastornos en su haber.

A diferencia de estas dos últimas, la categoría *Adjustment disorder*, sí que tiene origen en la edición anterior, derivada de la subcategoría *social maladjustments without manifest psychiatric disorder*, incluye ocho trastornos.

Surge también una nueva categoría que incluye un único trastorno, *Psychological factors affecting physical condition*.

Por último la categoría relativa a los *Personality Disorders* también sufre modificaciones. Aumenta el número de trastornos de diez a doce y también cambia la naturaleza de estos. De los doce, siete son nuevos aunque dos de ellos pueden vislumbrarse como derivados de otro con nombre diferente (*histrionic* y *borderline*).

Un cambio de enfoque controvertido

Si bien es cierto que no se puede traducir este aumento de categorías exclusivamente como una aparición de nuevas enfermedades, debido a que en gran parte se debe a un incremento de la especificidad de las categorías, parece evidente que esa sistematización contribuye a la patologización de cada vez más comportamientos.

Además de que las probabilidades de que los pacientes se vean encasillados en una –o varias– de las descripciones propias de esas categorías son significativamente mayores, el hecho de que ese encasillamiento implique

la existencia de una “disfunción” –comportamental, funcional o biológica⁴²– en el organismo del individuo tiene también consecuencias de gran relevancia.

El entorno deja de ser una causa posible del trastorno por lo que, en cierto modo, es más fácil que el paciente pueda ser estigmatizado por un trastorno cuyo origen se ubica en su organismo. Pese a que el manual centra su atención en los síntomas, indirectamente, a través de su definición de trastorno, fija la naturaleza y límites de las posibles causas cuya determinación pretendía eludir. Más allá de ese riesgo potencial, hay una consecuencia evidente de este cambio de enfoque cuyo impacto cambia por completo el curso de la psiquiatría: la medicalización.

Los pacientes pasan de ser tratados con psicoterapia a recibir psicofármacos que alteran el comportamiento de su organismo, con el incremento de riesgos potenciales y efectos secundarios que esto conlleva. Las compañías de seguros e instituciones ven reducidos sus gastos, al mismo tiempo que las farmacéuticas ven abrirse ante ellas una oportunidad de mercado inmejorable.

Las virtudes y aportaciones que suelen asociarse al DSM-III tienen que ver con su utilidad para la práctica clínica e investigadora, con que contribuyó a la unificación terminológica y permitió una mayor fiabilidad diagnóstica entre las y los profesionales del ámbito psiquiátrico. En este sentido, Nassir Ghaemi (2009:2) recoge la valoración que Gerald Klerman, el que fuera presidente de la US Mental Health Agency entre 1977 y 1980, hace de la irrupción del DSM-III. En primer lugar, considera que corporeizó ciertos trastornos, reflejando el establecimiento del modelo médico en la psiquiatría. También considera como un avance la incorporación de criterios operacionales basados en psicopatologías descriptivas manifiestas (Klerman, 1986) para el diagnóstico de cada trastorno, la aceptación del carácter limitado de los presupuestos etiológicos asociados a la mayoría de trastornos.

⁴² En la introducción del DSM-III se dice que se considera necesario para la clasificación de un trastorno que “haya una inferencia de la existencia de una disfunción comportamental, psicológica o biológica” (APA, 1980:3)

Texto original: “(...) there is an inference that there is a behavioral, psychological, or biological dysfunction, and that the disturbance is not only in the relationship between the individual and society. (When the disturbance is limited to a conflict between an individual and society, this may represent social deviance, which may or may not be commendable, but is not by itself a mental disorder.)” (APA, 1980: 6)

La posibilidad de comprobar la fiabilidad diagnóstica entre las y los profesionales de la psiquiatría también es valorada positivamente por el psiquiatra neoyorquino, del mismo modo que lo es la introducción de un sistema multiaxial que, a su juicio, permite valorar los diversos aspectos de la existencia del paciente. En relación con ese carácter individual de cada paciente, apunta que aunque el trastorno es el objeto de estudio de la investigación médica, el de la práctica clínica es el paciente, y que, fundamentalmente por este motivo, es necesario diferenciar el diagnóstico de la toma de decisión clínica. Para Klerman (1984), el diagnóstico es un requisito necesario, pero insuficiente para la evaluación clínica.

Ghaemi explica que una de las críticas más importantes que se ha dirigido a la visión de Klerman fue la realizada por el psicoanalista Robert Michels en un debate en el que le achacó su falta de atención a los estados psicológicos subjetivos. Según Michels (1984), estos son difíciles de valorar objetivamente, pero dejarlos de lado en la atención psiquiátrica supondría desatender uno de los aspectos más significativos de la experiencia del paciente y, probablemente, la razón por la que solicitan ayuda.

Las críticas al carácter normalizador del DSM se han sucedido incesantemente desde la aparición de esta tercera edición. Este manual, que fue el producto más representativo del cambio de paradigma hacia una psiquiatría de carácter biomédico, es considerado por muchos como el origen del fenómeno de medicalización propio de la psiquiatría contemporánea.

Kawa y Giordano consideran que “en esencia, el DSM-III inaugura un intento de ‘remedicalizar’ la psiquiatría americana” (2012:5) y que una de las consecuencias más relevantes del enfoque que representa es el notable aumento de las intervenciones psicofarmacológicas en sustitución de los tratamientos menos agresivos que se daban hasta ese momento. Señalan que este cambio de enfoque potenció la investigación farmacológica y neuroquímica, lo que, al mismo tiempo, permitió a la industria farmacéutica generar todo tipo de drogas para el tratamiento de los aspectos o condiciones consideradas patológicas por el DSM. Sin embargo, su valoración de este tipo de tratamientos no es demasiado positiva, ya que aunque reconocen que han tenido un éxito relativo en su relación con cierto tipo de condiciones

psiquiátricas, destacan su fracaso en el tratamiento de otros trastornos entre los que se encuentran los trastornos de la personalidad, el trastorno bipolar del tipo 1, o la esquizofrenia.

Al escaso éxito del tratamiento se unen las controvertidas implicaciones de su diagnóstico. El camino iniciado con el DSM-III dirige a la psiquiatría hacia paraderos tan problemáticos como su contribución a la limitación de la individualidad o a la patologización de la diferencia. El manual tiende a estrechar los márgenes de lo normal, dando cada vez se da menos cabida a la manifestación de la diversidad y diferencia propia del ser humano. El radical aumento en las categorías de diagnóstico que trajo consigo el DSM-III (ochenta y tres en doce años) –y que ha continuado en el DSM-IV y DSM-5– implica un significativo aumento en el número de sujetos susceptibles de ser diagnosticados positivamente y, por extensión, de ser tratados con psicofármacos. Los riesgos de esta tendencia son fácilmente interpretables, y la polémica en torno a este modo de actuación ha estado presente en todo momento. Parece que, lejos de silenciar las voces que se escuchaban desde la antipsiquiatría en los años previos a su publicación, el DSM-III ha dado más argumentos de crítica a quienes vislumbran una vocación normalizadora en la psiquiatría.

Esta polémica es abordada también por Kawa y Giordano que explican cómo “la medicalización de la cognición, emoción y comportamiento también generó discusión –si no polémica– sobre la interpretación de variables subjetivas, tales como qué constituye una función ‘normal’ u ‘óptima’ dentro del contexto y expectativas de la sociedad y la cultura” (2012: 7). Estos autores señalan que el incremento de categorías de los trastornos mentales, y de los comportamientos que pueden ser objeto de intervención psicofarmacológica, ha traído consigo un aumento del número de personas que se considera que tienen un trastorno mental. Este hecho lo interpretan como una amenaza para las condiciones comportamentales y emocionales que se alejan en mayor o menor medida de los parámetros de la normalidad, condiciones que a su juicio solo serían “meras extensiones del comportamiento normal o simples excentricidades”, pero que pueden ser convertidas en trastornos mentales. Por todo ello, consideran que “la patologización de la desviación’ y la

‘medicalización de enfermedades sociales’ son efectos potenciales de las tendencias de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico” (20012: 7).

Es incuestionable que la aparición del DSM-III marcó un antes y un después en la psiquiatría y que los cambios introducidos en él supusieron una revolución en esta área. Del mismo modo que lo es el hecho de que su impacto y repercusión tanto en el ámbito clínico como en el investigador ha sido enorme. Pero, ¿a qué se debió esta exitosa expansión?, ¿Cuáles fueron las causas que asentaron y mantienen este modelo?

Rick Mayes y Allan Horwitz (2005) desarrollan una interesante reflexión a este respecto. En ella, señalan que suelen proporcionarse dos explicaciones principales a esa cuestión. La primera hace referencia al poder del conocimiento científico, y considera que ha sido el avance en el conocimiento científico lo que ha provocado la supremacía del modelo biomédico; quienes la apoyan defienden que los progresos, resultados y pruebas científicas se han impuesto a las ideologías y teorías especulativas⁴³. La otra explicación apunta a que la estrategia de medicalización ha permitido la legitimación de la psiquiatría, que el aumento de la especificidad de los diagnósticos que trajo consigo el DSM-III le dio un estatus superior como ciencia.

Sin embargo, Mayes y Horwitz señalan en otra dirección. Rechazan la primera de esas explicaciones argumentando que no surgió nuevo conocimiento científico que provocara el triunfo del nuevo paradigma de la psiquiatría. También descartan la segunda porque, a su juicio, el DSM-III no aumentó el número de comportamientos que deberían ser tratados por la psiquiatría, sino que simplemente recategorizó y ramificó como trastornos concretos problemas que ya había patologizado la psicodinámica. En contraposición a esas explicaciones, ellos consideran que “la transformación básica en el DSM-III fue su desarrollo y uso de un modelo que igualaba los síntomas visibles y medibles con la presencia de trastornos (diseases)” y

⁴³ Es posible vislumbrar aquí una semejanza con lo expuesto por Tauber cuando defiende que la tecnología y los avances científicos han contribuido a deshumanizar la medicina. Sin embargo, Tauber lo percibe con tristeza, convencido de lo erróneo de esta tendencia. A diferencia de él, quienes sustentan esta explicación lo consideran como un avance, como la comprobación de la superioridad explicativa de un modelo respecto a su predecesor posibilitada por un aumento de nuestro nivel de conocimiento.

que ese modelo “permitió a la psiquiatría desarrollar un sistema de medida estandarizado (...) que benefició numerosos intereses” (2005: 251).

Entre los beneficiados que estos autores destacan, se encontraban las y los psiquiatras de orientación investigadora que, pese a formar un grupo bastante reducido, gozaban de un poder cada vez mayor y vieron como el nuevo sistema les proporcionaba la mesurabilidad y fiabilidad que demandaban sus investigaciones. Paralelamente, a los psiquiatras clínicos el enfoque del nuevo manual les ayudó a legitimar los trastornos que trataban como entidades reales y a recibir, en consecuencia, los reembolsos de los aseguradores a terceros. Por otra parte, Mayes y Horwitz consideran que la aparición del nuevo paradigma reflejado en el manual sirvió para acallar las críticas recibidas desde la antipsiquiatría que aludían a la imposibilidad de la psiquiatría para definir los trastornos mentales de una manera objetiva. Y, además, se vieron saciados los intereses de quienes pasaron a ser uno de los actores principales del entramado psiquiátrico: las compañías farmacéuticas. Con el DSM-III se establecieron numerosas categorías de diagnóstico específicas que pasaron a convertirse en trastornos potencialmente tratables con los productos que ellas producían

Estos fenómenos apuntan a que, tal y como concluyen Mayes y Horwitz, la polémica del DSM-III fue mucho más que un debate académico y clínico entre psiquiatras y que, tras él, había “un vehemente conflicto político por el estatus y la dirección de la profesión” (Mayes y Horwitz, 2005: 263). Estos autores consideran que el DSM-III puso fin a la crisis en la que venía sumida la psiquiatría en las décadas previas a su publicación y además estableció un modelo poderoso y estable que se ha mantenido prácticamente inmutable.

Mi valoración de la aportación del DSM-III y del cambio de paradigma psiquiátrico que en él se refleja no es tan halagüeña. Comparto la creencia de que el éxito del nuevo modelo no se fundamenta en la aparición de nuevo conocimiento psiquiátrico que lo sustente, y sí en su contribución a la satisfacción de los intereses de varios participantes poderosos del entramado psiquiátrico. También considero que contribuyó a la sistematización y fiabilidad

de diagnóstico (*reliability*⁴⁴), pero no sé hasta qué punto es interesante para aumentar las probabilidades de ayudar a los pacientes –que debería ser el objetivo de la psiquiatría–, sistematizar en base a criterios de dudosa validez. Que diferentes profesionales coincidan en el diagnóstico de un paciente es sin duda interesante, pero lo realmente relevante es que ese diagnóstico esté bien fundamentado, sea acertado, y ayude al sujeto diagnosticado.

No considero que entre las aportaciones del manual se encuentre la de objetivar los trastornos mentales, la de demostrar su naturaleza real y tangible. Lo que hace el nuevo sistema es camuflar esa dificultad para definir qué son los trastornos mentales y para trazar la controvertida frontera entre lo que es un trastorno mental y lo que no. El DSM-III no hace frente a esas dificultades con respuestas asentadas sobre criterios objetivos, simplemente parece intentar ocultar esas carencias. Cambia la terminología, se sistematiza y presenta una deficiente definición de su objeto en su intento de autolegitimarse y asemejarse a los manuales propios del resto de especialidades médicas. Se reivindica la naturaleza real de los trastornos mentales, y sin embargo se reconoce la incapacidad para definir qué son⁴⁵. Se establecen infinidad de nombres, categorías y descripciones para etiquetar ciertos comportamientos considerados patológicos, pero no se explica cuál es la razón por la que éstos son síntoma de la presencia de un trastorno mental y otros no. Se pretende tapar la ausencia de fundamentos, cubriéndola con una estructura y una terminología asociada a especialidades médicas con una mayor credibilidad. Se sustituye el reconocido carácter especulativo de la psicodinámica, por una interesada objetividad que, por interesada, no es objetiva, sino subjetividad revestida de elementos propios de disciplinas reconocidas como objetivas.

Tampoco comparto, en ciertos aspectos significativos, la teoría con la que Mayes y Horwitz contradicen a quienes han venido considerando el DSM-III como una herramienta promotora de la patologización de comportamientos. Obviamente, el aumento de categorías diagnósticas no puede igualarse, indiscriminadamente, con un aumento del número de comportamientos

⁴⁴ *Reliability* suele traducirse como fiabilidad de diagnóstico, pero hace referencia a la coincidencia entre los diagnósticos realizados por diferentes profesionales, no a su validez o fiabilidad. Por lo que creo que sería más riguroso traducirlo como “concordancia diagnóstica”.

⁴⁵ Como se ha visto, se presenta una definición pero asumiendo que no es capaz de limitar las fronteras concretas del concepto trastorno mental.

considerados como patológicos. Tal y como explican esos autores, son muchas las categorías que surgen de ramificaciones y divisiones de comportamientos ya presentes en el DSM-II que pasan a ser considerados como trastornos específicos. Sin embargo, como se verá más adelante⁴⁶, la inflación de diagnósticos parece un hecho comprobado, por lo que resulta razonable pensar que el modelo de diagnóstico coincidente en tiempo y espacio con dicho fenómeno, representado por este manual y sus sucesores, ha podido contribuir a él.

Más allá de este debate sobre lo cuantitativo, relativo al número de comportamientos patologizados, hay una diferencia cualitativa que no se puede omitir. Independientemente de que varíe significativamente o no el número de comportamientos o conductas potencialmente tratables, lo que sin duda varía es el carácter de su tratamiento y su representación.

En primer lugar, no me parecen comparables las consecuencias e impacto de la psicoterapia en un paciente con un comportamiento recogido en el DSM-II, con las del tratamiento psicofarmacológico del paciente cuyo comportamiento se incluye en la descripción de alguna de las categorías del DSM-III. Más adelante se prestará atención a los peligros de la medicalización⁴⁷, pero se puede anticipar que un falso positivo –el erróneo diagnóstico positivo de un paciente– pasa a tener una relevancia y unas potenciales consecuencias mucho más difíciles de asumir, con lo que solo el hecho de mantener los mismos problemas que eran considerados patológicos previamente, sin tener en cuenta que serán tratados de una manera significativamente más agresiva, es ya un movimiento de riesgo.

Y, en segundo lugar, la reducción del peso de los factores contextuales y relacionales como posible causa del trastorno para situar el trastorno mental en el interior del paciente –explicándolo como una disfunción– puede contribuir a potenciar la estigmatización⁴⁸. Fenómeno éste al que también puede ayudar el hecho de que al paciente se le medique, ya que parece razonable pensar que un individuo será más fácilmente etiquetado por su sociedad como enfermo o

⁴⁶ En el apartado 2.6.4.

⁴⁷ En el apartado 2.6.5.

⁴⁸ En el apartado 2.6.7 se profundiza en esta cuestión.

loco por ser medicado con pastillas que por acudir a una serie de consultas. Por lo que, también en este caso, aunque los comportamientos problemáticos considerados como patológicos fueran los mismos, el cambio en su representación –como problema interno del individuo independientemente de su contexto vital– implica un riesgo de aumento de la estigmatización de las personas con un diagnóstico de trastorno mental. Quienes antes podían ser más fácilmente percibidos como personas con problemas derivados de su exposición a determinado tipo de situaciones y experiencias vitales, son ahora más susceptibles de ser vistos como responsables de su trastorno mental.

Aunque pudiera cuestionarse la contribución del DSM-III a la patologización de comportamientos y conductas problemáticas, no puede ponerse en duda su empuje a la medicalización y a la estigmatización de quienes las poseen. Y esto, incrementado o no la cantidad de lo que cae en el saco de lo patológico, sí aumenta la gravedad de su repercusión.

Es cierto que la estrategia, cuyo origen se vio cristalizado en el DSM-III, puede vislumbrarse como exitosa a juzgar por su continuidad a través de las ediciones sucesivas, sin embargo, ese éxito puede acarrear consecuencias peligrosas. Al esconder sus deficiencias en lugar de solucionarlas, la psiquiatría gana credibilidad pública pero no valor clínico. Es decir, en un momento crítico, la estrategia tomada le concedió un periodo relativamente largo de tregua, pero si a cambio ha ido sacrificando su capacidad para proporcionar ayudas válidas a quienes se ponen en sus manos, el camino tomado debería haber sido cuestionado. A juzgar por los nuevos problemas y críticas que, como después se comprobará (2.6), enfrenta la psiquiatría actual, parece que el final de la tregua está próximo y no sería extraño que los problemas acumulados durante la omisión deliberada de esas deficiencias desembocasen en una nueva crisis.

Estas cuestiones se valorarán más adelante, ahora es momento de seguir trazando la línea que ha traído a esa psiquiatría hasta nuestros días.

2.2.4 La continuación de una estrategia: DSM III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR

Tan solo siete años después de la primera publicación del DSM-III, salió a la luz una versión revisada de este manual en la que se establecían modificaciones significativas. Esta nueva edición, el DSM-III-R (1987), también estuvo dirigida por Robert Spitzer y contenía 292 categorías de diagnóstico a lo largo de sus 567 páginas.

Las categorías se ramifican más aún y siguen apareciendo nuevos 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.

Cambios del DSM-III al DSM-III-R

Las principales modificaciones, ordenadas por categoría, fueron las siguientes:

En la categoría *Disorders usually first evident in infancy, childhood or adolescence*, se introduce la subcategoría *Developmental disorders* que pasa a acoger las subcategorías *Mental retardation*, *Pervasive developmental disorders* y *Specific developmental disorders*. En esta última subcategoría se modifican los tipos de trastorno y se añaden más.

Por otro lado, *Attention déficit disorder* y *Conduct disorder* se incorporan a la subcategoría *Disruptive Behavior Disorder*. Se cambia el nombre a la categoría *Stereotyped Movement Disorders* recuperando el de *Tic Disorders*. Surge la nueva categoría *Elimination Disorders* que incluye los trastornos *Functional encopresis* y *Functional enuresis* antes alojados en *Other Disorders With Physical Manifestation*.

Del mismo modo, surge la categoría *Speech Disorders Not Elsewhere Classified* que aglutina los trastornos *Cluttering* y *Stuttering* que hasta entonces también se incluían en *Other Disorders With Physical Manifestation*.

Se mantiene la subcategoría *Other Disorders of Infancy, Childhood, or Adolescence* en la que aparecen dos nuevos trastornos (*Stereotypy/habit*

disorder y *Undifferentiated attention deficit disorder*) y desaparecen otros dos (*Schizoid disorder of childhood and adolescence* y *Oppositional disorder*).

En la categoría *Organic mental disorders* desaparece la distinción de secciones, pero apenas hay cambios. Las únicas modificaciones son la inclusión del prefijo *Psychoactive* en *Psychoactive Substance-Induced Organic Mental Disorders*, en la que se añaden los tipos *Inhalant* y *Sedative, hypnotic or anxiolytic*. Estos dos tipos también se añaden posteriormente en la categoría *Psychoactive substance use disorders*.

También aparecen los tipos *Organic mood disorder* y *Organic anxiety disorder* y desaparece el *Organic affective syndrome* en la subcategoría de *Organic Mental Disorders associated with Axis III physical disorders or conditions, or whose etiology is unknown*.

Desaparece por completo la categoría *Neurotic Disorders*, cuyo papel en el DSM-III ya se había interpretado como meramente residual.

Las categorías *Schizophrenic disorders* y *Paranoid disorders* ven modificada su denominación para llamarse *Schizophrenia* y *Delusional (paranoid) disorders*. También la categoría *Mood disorders* sustituye a la llamada *Affective disorders*, e incluye como subcategorías *Bipolar Disorders* y *Depressive disorders*, ambas incluidas antes en los *Major Affective Disorders*. La *Cyclothymia* pasa a estar incluida en los *Bipolar Disorders* y la *Dysthymia* en los *Depressive Disorders* cuando antes estaban en *Other specific affective disorders*.

En la categoría *anxiety disorders* el concepto *phobia* es sustituido por *panic*, pero el resto de alteraciones son poco significativas.

En la categoría *Somatoform Disorders* se añaden los trastornos *Body dysmorphic disorder* y *Undifferentiated somatoform disorder* junto con *Somatoform disorder NOS* que sustituye a *atypical somatoform disorder*. Además, el *Psychogenic pain disorder* pasa a llamarse *Somatoform pain disorder*.

Psycho desaparece como prefijo de los *Sexual disorders*. Esta categoría sigue dividiéndose en tres subcategorías (*Paraphilias*, *Sexual Dysfunctions* y *Other Sexual Disorders*), pero aumentan sus ramificaciones. En las *Paraphilias*

aparece el *Frotteurismo* y desaparece la *Zoofilia*, además de que *Transvestism* pasa a llamarse *Transvestic fetishism*. Las *Sexual disfunctions* se ramifican en *Sexual desire disorders*, *Orgasm disorders*, *Sexual pain disorders* y *Sexual dysfunction NOS*, pero los trastornos que estas incluyen son los mismos que se incluían en la categoría general anterior. Es decir, no se añaden nuevos, solo cambia su distribución.

Surge la categoría *Sleep disorders* (hasta ahora solo se incluían como *Disorders usually first evident in infancy, childhood, or adolescence*) que se divide en *Dyssomnias* y *Parasomnias* y ambas incluyen diversos nuevos trastornos.

En la categoría *Impulse control disorders not elsewhere classified* se añade la *Trichotillomania* y desaparece el *Isolated explosive disorder*.

En lo que respecta a los *Personality Disorders*, estos pasan a dividirse en *Cluster A, B Y C*, aunque se mantienen intactos los mismos trastornos, salvo el *Compulsive* que pasa a llamarse *Obsessive-compulsive*.

El DSM-IV (1994)

El DSM-IV vio la luz en 1994 para dar continuidad a la línea iniciada por su predecesor de 1980. El psiquiatra que ejercía de presidente *Department of Psychiatry at Duke University School of Medicine*, Allen Frances, fue el encargado de dirigir la *Task-Force* en la redacción de esta nueva edición del manual, con un enfoque biomédico en el que se seguía identificando el pensamiento neo-kraepelianista como base constitutiva. El número de trastornos, en este caso, ascendió a 297 repartidos en sus 886 páginas.

Kawa y Giordano (2012) presentan un impactante dato en relación a esta edición del manual, que representa, de manera bastante clara, las implicaciones del desarrollo que estaba siguiendo el DSM. Señalan que, según una encuesta realizada entre los años 2001 y 2004 –*National Comorbidity Survey for mental disorders in the United States*–, “en torno a la mitad de los americanos satisfará los criterios o un trastorno del DSM-IV alguna vez en su vida, con una primera aparición que habitualmente se da en la infancia o adolescencia” (Kessler et al., 2005).

Esta versión del manual tuvo pocas modificaciones respecto a la versión anterior. Si bien es cierto que se añadió el criterio de “clínicamente significativo” tanto para la definición de los trastornos mentales como para casi la mitad de las categorías de diagnóstico, las alteraciones no fueron muchas ni demasiado importantes. Vuelve a ser llamativa, sin embargo, la nueva aparición en la clasificación de trastornos generados por el uso de medicación (*Medication-induced movement disorders, Other medication-induced disorder*).

Cambios del DSM-III-R al DSM-IV

Los cambios introducidos en esta edición del manual fueron los siguientes:

En los *Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood or Adolescence, Los Specific Developmental Disorders* pasan a llamarse *Learning Disorders* y los antes llamados *Language and Speech Disorders, Communication Disorders*. En este último grupo se incluye un nuevo trastorno denominado *Phonological Disorder*. Además, en los *Pervasive developmental disorders* surgen tres nuevos trastornos: *Rett's Disorder, Childhood Desintegrative Disorder, y Asperger's Disorder*.

En la categoría *Delirium, Dementia, and Amnestic and Other Cognitive Disorders* antes conocida como *Organic Mental Disorders*, los grupos *Delirium y Dementia* se separan y pasan a formar categorías diferentes. Estas últimas se ramifican ampliamente. Además, la categoría se completa con la aparición de la subcategoría *Amnestic disorders*

Surge el *Catatonic disorder* dentro de la categoría *Mental Disorders Due to a General Medical Condition Not Elsewheres Classified*. Mientras en los *Substance-Related Disorders* no se añaden nuevas sustancias problemáticas, pero se especifican mucho más los posibles trastornos generados por cada una de ellas.

Desaparece la categoría *Delusional (paranoid) disorders*.

En la categoría *Sexual and Gender identity disorders* (antes solo *Sexual disorders*) aparece la subcategoría *Sexual Dysfunction Due to a General Medical Condition* que incluye ocho nuevos trastornos. Además se incorporan

como subcategoría los *Gender Identity Disorders*, entre los que desaparece *Transsexualism*. Las demás subcategorías se mantienen sin cambios.

Dentro de la categoría *Sleep Disorders*, se añaden tres nuevos trastornos a la subcategoría *Dyssomnias: Narcolepsy, Breathing-Related Sleep Disorder y Circadian Rhythm Disorder*. También surge la categoría *Sleep Disorders Related to Another Mental Disorder*.

La división en Clusters establecida por el DSM-III-R en los *Personality Disorders* desaparece. Todos los trastornos de este tipo vuelven a clasificarse en un único grupo del que desaparece el *Passive-Agressive Personality Disorder*.

Al final se incluye una nueva Categoría al final denominada *Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention*. Categoría esta que contiene las subcategorías *Psychological factors affecting medical condition, Medication-induced movement disorders, Other medication-induced disorder, Relational Problems, Problems related to abuse or neglect, y Additional Conditions that may be a focus of clinical attention*.

EI DSM-IV-TR (2000)

En el año 2000 se publicó una nueva versión del manual, cuya redacción estuvo también dirigida por Allen Frances y que apenas introducía cambios respecto a la anterior. De hecho, no se realizaron modificaciones en la clasificación, tan solo se introdujeron cambios en los criterios de diagnóstico de algunas categorías⁴⁹. El DSM-IV-TR (*Text Revised*) se ha mantenido vigente durante trece años hasta que finalmente fuera sustituido por el DSM-5 en 2013. Esta última edición del manual, que vio la luz el 18 de mayo de 2013 y cuya elaboración estuvo dirigida por Robert Kupfer será protagonista en el siguiente apartado.

⁴⁹ En este breve repaso realizado a través de las diferentes ediciones del DSM, me he ceñido a la mención de las modificaciones relativas a la aparición y desaparición de categorías y trastornos, dejando de lado el análisis de los cambios en los criterios de diagnóstico, descripciones u otros textos, cuya realización supondría un trabajo que excede las pretensiones del presente.

2.3 El DSM-5 (2013)

La última edición del DSM se publicó en mayo del 2013 bajo una fuerte lluvia de críticas. Esa publicación tan solo era el resultado final de un largo proceso de elaboración previo que también se había caracterizado por un nivel de controversia nunca antes alcanzado por una publicación de este tipo.

Bonifacio Sandín (2013) realiza un repaso del proceso de elaboración del DSM- 5. En él explica que dicho proceso se inició en 1999, año en el que comienzan a recopilarse notas técnicas que podrían ser útiles para determinar la inclusión de ciertos cambios o modificaciones en la quinta edición del manual y que después serían publicadas (Kupfer, First y Regier, 2002). Tras este primer paso, la APA empezó a llevar a cabo una estrategia de la que se muestra especialmente orgullosa. Como explica Sandín (2013: 59), uno de los rasgos de este proceso que más han destacado desde la APA es su carácter colaborativo, la realización de acciones dirigidas a la coordinación de tareas conjuntas con diversos profesionales de la salud y otras instituciones como el *American Psychiatric Institute for Research and Education*, el *National Institute of Mental Health (NIMH)*, y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es en 2006 cuando se constituye el comité directivo o *Task Force* y empiezan a elegirse los miembros que compondrán los diferentes grupos de trabajo para la elaboración del DSM-5. Sin embargo, el resultado de ese proceso constituyente no se hace público hasta un tiempo más tarde. Tal y como señala Sandín (2013: 260), a partir del 2007 sale a la luz la composición del Comité Directivo y del 2008 la lista de miembros de cada uno de los grupos de trabajo. En total son trece los Grupos de Trabajo del DSM-5 (uno para cada área de diagnóstico), a los que se añaden seis Grupos de Estudio, un Grupo de Investigación y otro de Especificadores de Curso y Glosario (APA, 2013: 8-12).

Las listas de miembros resultantes no estarán exentas de controversia, ya que existen varios aspectos cuestionables respecto a la relación de componentes de esos grupos de trabajo. El más relevante tiene que ver con el hecho de que el 69% del Comité Directivo tuviera algún tipo de vínculo con la industria farmacéutica, y otro aspecto problemático para algunos es la reducida

presencia de psicólogos clínicos de prestigio en esas listas (Sandín, 2013: 260).

A esa publicación le siguieron seis años de trabajo en la elaboración del manual, un trabajo guiado por la fuerte convicción de basarse en las pruebas científicas, y que se llevó a cabo mediante numerosas acciones (Sandín, 2013: 260) cuyo resultado final fue la publicación del manual en mayo del 2013, bajo unas expectativas y críticas inusitadas para una obra de este tipo. La expansión de los recursos que internet ofrece y ciertas acciones como la exposición pública del borrador en la web de la APA con el objetivo de recibir comentarios son, sin duda, factores muy importantes para el desencadenamiento del debate. Estos factores contribuyen, además, a que el proceso haya sido más abierto, seguido y criticado que nunca. Pero, obviamente, esto no exime de responsabilidad en el surgimiento de este fenómeno a la naturaleza de por sí controvertida de un manual con el que importantes instituciones de la salud se han mostrado en desacuerdo.

Un carácter controvertido al que probablemente ha contribuido la metodología de este proceso de elaboración, ya que, como apunta acertadamente Medrano (2013: 656), “los criterios y conceptos básicos del DSM-III se basaron esencialmente en el consenso de expertos, y no en datos objetivos o en hallazgos de la investigación (...) metodología que no ha cambiado en ulteriores ediciones”. En gran medida a este hecho se debió el rechazo manifestado por el National Institute of Mental Health (NIMH), por lo que se deduce del comentario de su director Thomas Insel que lo ha criticado aludiendo a que sus diagnósticos “se basan en el consenso acerca de agrupaciones de síntomas clínicos, no en medidas objetivas de laboratorio” (Insel, 2013, vía Medrano, 2014).

El resultado es un manual, el DSM-5, publicado en mayo de del 2013, que mantiene el enfoque iniciado con el cambio al paradigma biomédico que se dio en la tercera edición del DSM. Respecto a su estructura, el aspecto más novedoso es que desaparece el sistema multiaxial, los cinco ejes sobre los que se codificaba desde el DSM-III se eliminan para pasar a integrarse de manera unificada en la Sección II. A esta sección, por vez primera, le sigue una tercera con la función de recoger las “Medidas y modelos emergentes”. Esta Sección III

actúa a modo de cajón de sastre de propuestas cuya inclusión en la clasificación se contempló durante la elaboración del manual, pero que finalmente se descartaron y quedaron marginadas como alternativa a ser desarrollada en ediciones futuras.

El que se presuponía como el cambio más significativo del DSM-5 terminó por no darse y se ha mantenido el sistema categorial. A pesar de que, durante el proceso de elaboración, se pretendía introducir un sistema dimensional, finalmente ese cambio no cristalizó y los aspectos dimensionales se han introducido de una forma muy limitada (Sandín, 2013: 264). Juan Medrano señala en este sentido que aunque el manual apunta hacia ciertas visiones dimensionales en su tercera sección, utiliza el sistema categorial, por lo que “mantiene la ilusión de que sus trastornos están claramente definidos” (2014: 658).

Es probable que la tercera sección del manual, en la que se recogen la mayoría de medidas dimensionales, responda, en gran medida, a ese cambio de dirección. Aquí se incluye, por ejemplo, el modelo de clasificación dimensional de los trastornos de la personalidad, que puede considerarse como la única propuesta propiamente dimensional incluida en las páginas del manual, pero que ha sido relegada a esa posición marginal.

Puede decirse que el enfoque del DSM no ha cambiado en esta última edición y Sandín (2013: 283) percibe incluso un mayor “escoramiento hacia el paradigma biomédico” en algunos aspectos. Tanto la eliminación del sistema multiaxial como la definición de los trastornos mentales utilizada en esta edición son un exponente claro del enfoque biomédico. Como se verá más adelante en este trabajo (apartado 2.5.4), el DSM-5 da por hecho que los trastornos mentales se deben a una causa biológica o disfunción y, además, iguala estos trastornos con las enfermedades médicas (Sandín, 2013: 283).

Más avanzado este trabajo se comprobará que parece incoherente ese intento de equiparar los trastornos mentales con las enfermedades médicas⁵⁰, en gran medida, por las evidentes dificultades que entraña su controvertida y

⁵⁰ Me refiero con éstas a las enfermedades con una base biológica o anatomopatológica identificada.

cuestionada definición. Esta es la opinión de Medrano (2014: 657) que afirma que:

El concepto de trastorno psiquiátrico, tal como aparecía en el DSM-III y ha ido transmitiéndose en las sucesivas ediciones del manual, es vago, impreciso, omnicomprensivo, hasta el punto que permite incorporar a la noción de enfermedad múltiples conductas y estados psicológicos.

En el caso del DSM-5, el análisis de los cambios producidos respecto a la clasificación de la edición anterior, el DSM-IV-TR, no será tan exhaustivo en este trabajo. El motivo principal por el que solo se presentarán aquí los cambios más significativos y relevantes es que la propia APA (2013⁵¹) ha publicado un documento que viene a realizar, precisamente, esa tarea. El documento titulado *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5* enumera todas las modificaciones que se han introducido en esta edición. De manera que, no tendría demasiado sentido dedicar espacio en este trabajo a una tarea ya realizada de manera precisa por la APA –además de por otros autores (Sandín, 2013).

Más allá de la ya mencionada desaparición del sistema multiaxial, y de la introducción de esa novedosa Sección III, puede ser interesante hacer referencia a los cambios más significativos introducidos en la clasificación o Sección II. El número de trastornos mentales del manual resulta algo difícil de determinar, debido al aumento de los subtipos que se ha experimentado. A pesar de ello, parece que el número de trastornos mentales ha sido reducido hasta los 320 –según mis cuentas–, aunque es probable, por lo que afirman expertos como Allen Frances (2014), que el umbral de estos sea más bajo y el número de diagnósticos positivos siga por ello en un significativo aumento.

Cambios del DSM-IV-TR al DSM-5

Uno de los que más polémica ha suscitado ha sido el hecho de que el autismo y el síndrome de asperger pasan a unirse bajo el nombre “trastornos del espectro autista”. Precisamente lo contrario sucede con los trastornos de ansiedad, los trastornos disociativos, el trastorno obsesivo compulsivo y el

⁵¹ *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5.*

trastorno por estrés postraumático, que aparecen separados en esta edición. También ha generado controversia que se deje de considerar el duelo como motivo de exclusión del diagnóstico de depresión mayor.

Por otro lado, se acaba con la separación entre la psicopatología infantil y la adulta, por ejemplo, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el trastorno de ansiedad por separación también incluyen a los adultos entre los individuos diagnosticables. Del mismo modo, se suprime el grupo general de trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y en su lugar se incluye el grupo trastornos del neurodesarrollo. Sin embargo, los trastornos se van ordenan en la clasificación cronológicamente, según su tendencia de aparición, empezando por los característicos de etapas tempranas y terminando con los propios de las más tardías.

También aparece otro nuevo grupo de trastornos denominado trastornos relacionados con traumas y estresores. Además, aparecen nuevos trastornos como el trastorno de estado de ánimo disruptivo y no regulado, el trastorno por atracción, el trastorno de excoriación, el trastorno de acaparamiento, el trastorno disfórico premenstrual y el trastorno neurocognitivo leve. Por el contrario, la transexualidad deja de ser considerada un trastorno mental.

2.4 Criterios de diferenciación entre lo normal y lo patológico

La evolución del DSM a través de sus sucesivas ediciones ha estado fuertemente influenciada por las vicisitudes del contexto psiquiátrico en el que surgía cada manual. Se ha visto en el apartado anterior cómo tanto las corrientes e ideas predominantes en cada época, como su realidad socioeconómica han influido de manera significativa en la configuración del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Una de las pocas certezas inamovibles a las que ha estado aferrada la psiquiatría durante toda su historia ha sido que la psiquiatría es la ciencia que trata los trastornos mentales. Sin embargo, ésta nunca ha podido conciliar los conceptos de certeza y de trastorno mental.

La ausencia de un objeto definido e identificable es una de las mayores dificultades intrínsecas a la psiquiatría, y en ella se han fundamentado muchas

de las críticas y crisis de legitimidad que ha tenido que soportar. La psiquiatría es la ciencia que trata los trastornos mentales pero, a la hora de definir qué son éstos, le ha resultado muy complicado superar la circularidad en la que se expone que los trastornos mentales son los trastornos tratados por la psiquiatría. La psiquiatría trata los trastornos mentales y los trastornos mentales son lo tratado por la psiquiatría; esta es la tautología a la que se puede decir que no ha podido escapar aún la psiquiatría.

Han sido numerosos los intentos de definir los trastornos mentales y suelen agruparse en dos grandes grupos según su naturaleza: las propuestas naturalistas y las propuestas normativistas. Las primeras tratan de explicar y definir los trastornos mentales en base a criterios exclusivamente naturalistas, ubicados en la naturaleza biológica y fisiológica del individuo. Las segundas reconocen el carácter normativo del concepto y, por ello, hacen alusión a criterios de carácter valorativo. A continuación se presentan algunas de las propuestas consideradas más relevantes por su repercusión y trascendencia en un momento determinado. En último lugar se incluye la propuesta de Jesse Prinz que, pese a no gozar de la repercusión bibliográfica de las demás, ha sido seleccionada porque representa una perspectiva culturalista relevante para los intereses de este trabajo.

2.4.1 Primeras teorizaciones: de Pinel a Morel

La primera clasificación de las enfermedades mentales, que podría considerarse como el inicio de las clasificaciones propias de la psiquiatría, fue realizada por Philippe Pinel en los primeros años del s. XIX. Si bien es cierto que la idea de locura o alienación ha estado muy presente a lo largo de toda la historia de la humanidad, resulta difícil encontrar en las explicaciones construidas en esas sociedades anteriores un vínculo formal o teórico lo suficientemente estrecho como para relacionarlas con la psiquiatría moderna. Las explicaciones mágicas o sobrenaturales, la teoría de los humores hipocrática, la medicina de Galeno y las alusiones a la inmoralidad y a la naturaleza demoniaca de los locos predominantes desde la Edad Media hasta el Renacimiento, obviamente llevaban implícita una conceptualización de la

enfermedad mental, pero la distancia entre estas conceptualizaciones y las propias del último siglo dificulta que puedan ser consideradas como propuestas asociadas a la misma ciencia psiquiátrica.

La clasificación realizada por Pinel en 1801 es considerada por muchos como la primera clasificación de las enfermedades mentales. Unos años antes, con su *Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée a la médecine* (1798) añadía una perspectiva analítica a la teoría hipocrática, y pasaba a clasificar las enfermedades haciendo más referencia a los síntomas que a los problemas orgánicos. En esta obra, realiza una nosografía en la que clasifica las enfermedades en diferentes clases fundamentándose en su observación y posteriores descripciones. Tal y como recogen Rojo y Vallejo (2000: 150), la cuarta de esas clases se corresponde con las “neurosis” o “lesiones del sentimiento y del movimiento sin inflamación ni lesión de estructuras”.

Pero su propuesta de clasificación de las enfermedades mentales o vesanías –como fueron llamadas en esa época–, se concreta en el *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* publicado en su primera edición en 1801. En ella se dividen las enfermedades mentales o enajenaciones en cinco “especies” diferentes: melancolía o delirio exclusivo sobre un objeto, manía sin delirio, manía con delirio, demencia o abolición del pensamiento e idiotismo u obliteración de las facultades intelectuales y afectivas (Pinel, 1804).

Sin embargo, Pinel no prestó demasiada atención a la definición de enfermedad mental –aspecto este que fue uno de los focos de la crítica (Rojo y Vallejo, 2000:150) –, por lo que no resulta fácil elucidar cuál fue el criterio utilizado por este médico francés para determinar la presencia de una patología. Diferenció las causas de la enfermedad en “predisponentes” y “ocasionales”, o lo que es lo mismo, entre hereditarias y ocasionales generadas por respuestas emocionales o por factores contextuales externos. En la segunda edición de esta obra, de 1809, elimina el subtítulo de “la manía” y agudiza su enfoque comportamental.

Pero, como ya se ha mencionado, la propuesta de Pinel está más centrada en los síntomas que en la elucidación de las causas, y no establece relaciones causales claras entre las diferentes enajenaciones y algún órgano o

localización cerebral. Por ello, resulta difícil encontrar en su propuesta un criterio claro de separación entre los comportamientos normales y los patológicos.

Es casi obligado, además, al hablar de Pinel, destacar su labor a favor del tratamiento moral de los enfermos mentales o alienados, con la que consiguió liberarlos de las cadenas y del encierro al que eran sometidos hasta entonces en los manicomios e instituciones psiquiátricas.

La visión de Pinel da comienzo a un nuevo paradigma de la psiquiatría, y es desarrollada por su discípulo Jean Étienne Esquirol que, dando continuidad a su método, dota de mayor especificidad a la clasificación al realizar en ella varias subdivisiones. Esta clasificación se mantiene vigente hasta la segunda mitad del siglo XIX, cuando Bénédic Morel clasifica las enfermedades mentales atendiendo a su etiología. Sandrá Caponi (2014), recuperando la denominación de Foucault, considera que la clasificación de Morel da inicio a lo que el crítico francés llamaba la psiquiatría ampliada y ha sido conocida, también, como psiquiatría positivista.

2.4.2 Kraepelin y el inicio de la psiquiatría moderna

En ese momento la psiquiatría comienza a adoptar los métodos de investigación propios de la ciencia, y se intentan vincular las enfermedades mentales a causas específicas ubicadas en el cerebro. El psiquiatra de mayor trascendencia de esta época es Emil Kraepelin, en cuya obra muchos ubican el origen de la psiquiatría moderna. Pero, más allá de su aportación en la descripción y clasificación de las enfermedades mentales, desarrollada a lo largo de las ocho ediciones de su *Tratado de psiquiatría* (1883-1913), resulta interesante su base etiológica, justificada en su confianza en encontrar una base o correspondencia anatomopatológica para cada trastorno mental. Kraepelin opinaba que las enfermedades mentales respondían en su mayoría a trastornos biológicos o genéticos, y consideraba que solo era una cuestión de tiempo que se fueran descubriendo los desórdenes específicos responsables de cada trastorno, de modo que proporcionaran un criterio naturalista que permitiera distinguir lo normal de lo patológico.

Como ya se ha adelantado, el tiempo no le ha dado la razón, y sus especulaciones se han alejado demasiado del curso de la realidad psiquiátrica. No se ha encontrado hasta hoy correspondencia anatomopatológica para casi ninguno de los trastornos mentales de su nosología. Y, además, casos excepcionales como el del Alzheimer, en los que ha podido establecerse una correlación con alguna causa anatómica o biológica, han pasado a quedar excluidos del dominio de la psiquiatría.

Este enfoque anatomoclínico de la enfermedad mental no consigue los resultados esperados en lo que respecta a su objetivo de establecer las correspondencias anatómicas de las enfermedades. Es precisamente esa falta de resultados por parte de la anatomoclínica la que señalan Rojo y Vallejo (2000: 150) como una de las razones que provocó que el objetivo de la psiquiatría se desviara “hacia la definición y descripción de los trastornos, a los que dio la consideración de evento, resaltando su dimensión temporal y tomando la forma del curso clínico y el modo de terminación como criterios de clasificación”. También las críticas vertidas desde la antipsiquiatría ejercieron una presión favorable para este movimiento. El cuestionamiento del estatus científico de la actividad psiquiátrica, surgido en esa época, generaba en ella una necesidad de legitimación que difícilmente podría ser abordada sin una definición de su objeto.

Se ha visto en el apartado anterior, cómo las ideas de Adolf Meyer y Sigmund Freud habían empezado a ganar popularidad ya para esa época, y ambas, aunque de forma diferente, reclaman la importancia de la individualidad y de la experiencia personal para la determinación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Su influencia en la elaboración del DSM-I y el DSM-II fue muy significativa, hasta que con la tercera edición se impuso un enfoque bioquímico que aún hoy sigue vigente.

2.4.3 Los criterios naturalistas: desequilibrio químico y disfunción

Se trata de una forma de hacer psiquiatría vinculada a explicaciones de separación de lo normal y lo patológico que se han basado en conceptos de carácter naturalista. Este es el caso de la teoría del desequilibrio químico, una

de las bases de la psiquiatría psicofarmacológica que hemos heredado. En ella se postula que desequilibrios en sustancias químicas del cerebro, como la serotonina, son la causa de los trastornos mentales. Sin embargo, pese a los muchos esfuerzos dedicados a ello, no se ha podido concluir en caso alguno la relación causal entre el desequilibrio químico y una enfermedad. Esa falta de resultados, unida a su enorme influencia sobre los modos de tratamiento, convierte a esta teoría en una de las más controvertidas y criticadas.

Jesse Prinz subraya lo erróneo de esta perspectiva al señalar que “es un error inferir la causa de una enfermedad de un tratamiento efectivo” (Prinz, 2012: 273). Es decir, hace hincapié en que el hecho de que un tratamiento químico sea de ayuda a la hora de afrontar algunos síntomas asociados a los trastornos mentales no implica en sentido alguno que el origen de estos sea químico. Es por ello que advierte de que “es un error potencialmente perjudicial inferir que los trastornos psiquiátricos son meramente químicos” (Prinz 2012: 274).

El siguiente intento de este tipo, probablemente el más extendido, ha consistido en fundamentar la separación entre lo normal y lo patológico sobre el concepto de disfunción. Este criterio etiológico ha sido el recurso más utilizado por las propuestas de carácter naturalista de las últimas décadas y, además, resulta especialmente interesante para este trabajo debido a que, como se verá más adelante (apartado 2.5), es este el criterio al que aluden las últimas ediciones del DSM.

El fracaso explicativo de las diferentes teorías que han utilizado el criterio de disfunción como fundamento es algo bastante aceptado. Según Gustavo Caponi el concepto de función etiológica falla porque “se basa en dos errores fundamentales: confundir el concepto de función con el concepto de adaptación; y confundir las explicaciones seleccionales con análisis funcionales” (2010: 52).

También Assen Jablensky (2007) rechaza la validez del concepto de disfunción como criterio para separar la enfermedad de la normalidad. Jablensky señala que explicar las disfunciones como la alteración o fracaso de una función “implica la existencia de procesos evolutivos que se dirigen hacia objetivos completos y que tienen su origen en estructuras y funciones fijas y

predeterminadas” (2007: 157) y que esto solo puede basarse en una interpretación errónea del proceso de selección natural. Este autor considera que no resulta posible determinar cuales son las funciones del cerebro, debido a que esa idea de función cerebral se fundamenta sobre creencias refutadas, por lo que tampoco resulta posible determinar la presencia de una disfunción (2007: 157-158):

En última instancia, la suposición de que los sistemas neurales del cerebro humano llevan a cabo funciones cognitivas o emocionales fijas y predeterminadas por la selección natural ignora todos los elementos de evidencia procedentes de la biología evolutiva y de la neurociencia, ampliamente aceptados. En primer lugar, el hecho de que algunas funciones cognitivas humanas altamente especializadas (p. ej., la lectura o la escritura) evolucionan sobre la base de mecanismos adaptativos más tempranos y primitivos, y son –por lo tanto– neutrales con respecto a la idoneidad reproductiva. En segundo lugar, el hecho de que el cerebro individual es un órgano que muestra una intensa plasticidad, puesto que construye su propia estructura cognitiva interna durante el desarrollo posnatal, a través de un proceso dependiente de la actividad y en interacción con su entorno. Así, los umbrales de vulnerabilidad frente a la disfunción de cualquier causa varían individualmente hasta un punto que haría poco plausible el discernimiento del fracaso de una ‘función natural’”.

2.4.4 Boorse y su teoría bioestadística: disfunción bioestadística

El modelo bioestadístico de Christopher Boorse (1976, 1977, 1997) representa una de las propuestas naturalistas más influyentes. En ella trata de definir los trastornos mentales en base a criterios científicos objetivos exentos de elementos valorativos, y hace un uso particular de este concepto de disfunción. La disfunción tiene para este autor norteamericano un carácter estadístico y biológico y su teoría “descansa en los conceptos de función biológica y normalidad estadística” (Tyrrer y Steinberg, 2003; vía Varga, 2011).

Boorse considera que la salud se corresponde con el funcionamiento estadísticamente normal, dentro de un “grupo de referencia” (*reference class*), que contribuye a la supervivencia y reproducción del organismo. Y, por lo tanto,

la enfermedad para él tiene que ver con “el fallo o limitación de la función normal” (Ereshefsky, 2009: 222).

Este modelo bioestadístico está basado en una serie de presupuestos fundamentales. El “grupo de referencia” es una subdivisión de la especie que Boorse considera necesaria debido a la variabilidad que se encontraría en grupos más amplios, y que se realiza tomando en cuenta factores de raza, género y edad. El otro presupuesto básico del modelo tiene que ver con el uso del concepto de función. La validez de éste requiere la existencia de funciones biológicas de los órganos y subsistemas del organismo que contribuyen a que se cumplan los objetivos vitales básicos del organismo que, para él, no son otros que la supervivencia y reproducción. Además, en este modelo bioestadístico se da por hecho que la función biológica se corresponde con la función normal, esto es, la derivada de los valores estadísticos normales.

Ese diseño funcional al que Boorse hace referencia, pese a lo que pueda parecer, no está vinculado a una teoría de carácter evolucionista, ya que el propio autor niega este hecho (Varga, 2011: 3). Boorse hace uso del concepto de disfunción de una manera particular que añade la desviación de lo estadísticamente normal al perjuicio a la supervivencia y reproducción del organismo. Sin embargo, esta propuesta tiene algunos problemas de difícil solución que han sido objeto de críticas en los últimos años.

Uno de los aspectos más problemáticos de su modelo es que la elección de una clase de referencia apropiada dentro de la especie es difícil de justificar de manera objetiva. Somogy Varga (2011:3) señala que es evidente que la clase de referencia es lo que determina la “frontera entre salud y enfermedad” y que si, tal y como pretende Boorse, su definición no hace referencia a juicios de valor, “tiene que mostrar que su distinción entre las clases de referencia apropiadas e inapropiadas descansa en factores neutrales y empíricos”.

Este reto no es abordado por Boorse, que se limita a apuntar que la clase de referencia adecuada está determinada por factores naturales. Concretamente, y como recoge Varga (2011: 3) define la clase de referencia apropiada como “una clase natural de organismos de diseño funcional uniforme” (Boorse, 1977: 562). Se trata de una explicación vaga y poco

rigurosa que de ninguna manera consigue eludir el sesgo valorativo de dicha elección.

Este presupuesto fundamental para la validez de una teoría que pretende ser plenamente objetiva no se cumple, con lo que el modelo de diferenciación entre la salud y enfermedad que Boorse propone tampoco es justificable de manera naturalista.

Ereshefsky (2009) alude a estas y otras cuestiones para concluir que “el naturalismo de Boorse no es naturalista” (2009: 223). Además, de la imposibilidad de objetivar la elección de la clase de referencia, Ereshefsky señala que el uso del criterio de función, explicado en relación al “diseño de las especies”, no es sustentable por la biología. La existencia de funciones evolutivas es difícilmente justificable a la luz de la biología, y, además, aunque lo fuera, la presencia de una disfunción de este tipo no podría ser equiparable a la de una enfermedad (Ereshefsky, 2009: 222).

En relación a esta cuestión, Varga destaca la circularidad intrínseca a la definición de la función que se realiza en este modelo bioestadístico en el que “la normalidad estadística está siendo empleada para definir el funcionamiento de acuerdo a un diseño, que es después utilizado para elucidar la noción de normal” (2011: 4). Como explica este autor, en el modelo de Boorse el hecho de que un comportamiento sea considerado una función viene determinado porque éste sea normal, y la normalidad del comportamiento depende, al mismo tiempo, de que sea una función.

Tampoco considera Ereshefsky que la biología proporcione argumentos para determinar, como hace Boorse, que la supervivencia y la reproducción sean los objetivos prioritarios del ser humano, ya que no hay razones que justifiquen su superioridad respecto a otros muchos objetivos de esta especie.

Por lo tanto, los dos fundamentos de la función normal boorseana, la estadística y el diseño de las especies, parecen estar sujetos a criterios valorativos. Así, el modelo boorseano falla en el que precisamente debía ser su principal virtud, es decir, en su capacidad de discernir entre salud y enfermedad sin recurrir a elementos valorativos. Son muchos los autores que consideran que nuestro uso del concepto de salud y enfermedad se aleja del naturalismo

puro y que, por lo tanto, es necesaria una teoría que recoja los criterios de carácter valorativo que consideramos en nuestra determinación de lo que es o no una enfermedad.

2.4.5 La teoría híbrida de Wakefield: “Disfunción perjudicial” (*Harmful Dysfunction*)

Otro modo de entender el concepto de disfunción es el basado en una concepción evolutiva de las funciones. Así es como lo entiende Wakefield, cuya propuesta de entender la enfermedad como “disfunción perjudicial” –*harmful dysfunction* (HD)– (Wakefield, 1992), es una de las que más repercusión ha tenido en los últimos años.

Esa forma de entender la disfunción es uno de los dos pilares y requisitos de esta teoría híbrida, a la que se añade el aspecto valorativo de lo “perjudicial” en un intento por superar algunas de las limitaciones asociadas a las propuestas puramente naturalistas. De este modo, se reduce el número de comportamientos patológicos, y se evitan algunos contraejemplos paradigmáticos como el de la homosexualidad, que inevitablemente tendría que considerarse como una enfermedad si utilizase el único criterio de la disfunción evolutiva.

Wakefield explica que su teoría de la disfunción perjudicial contiene un componente factual y otro de valor, y que una condición tiene que satisfacer ambos componentes para poder ser considerada un trastorno mental (2012: 18). Respecto al componente factual, dice que la condición que se evalúa “debe implicar el fallo de algún mecanismo mental para llevar a cabo una de sus biológicamente diseñadas funciones naturales” (2012:18). De modo que define la disfunción como “el fallo de los mecanismos internos en el desempeño de funciones evolucionadas” (2012:18).

Varga (2011) destaca esta visión objetivista de las funciones naturales que mantiene la propuesta de Wakefield, pese a la importancia que concede al contexto cultural a través de su elemento valorativo. Esta función, a juicio de Varga, se fundamenta en dos presupuestos: “primero, que los subsistemas psicológicos que constituyen al ser humano fueron seleccionados naturalmente

para llevar a cabo ciertas funciones, segundo, que esas funciones naturales son objetivamente descubribles” (Varga, 2011: 5).

Wakefield reconoce el carácter arbitrario de la determinación del criterio valorativo “perjudicial”, pero considera que éste es indispensable, debido a que ninguna condición, aunque implique una malfunción biológica, puede ser suficiente para la determinación de la presencia de un trastorno mental. En su opinión, es necesario que esta condición represente algún tipo de daño para el individuo o su sociedad.

Ya se podrá intuir, por lo visto hasta el momento, que esta noción evolutiva de lo que es una función resulta bastante problemática. También lo es determinar qué es perjudicial. Wakefield asume lo vago de ambos componentes de su teoría de la función perjudicial, pero considera que ésta ofrece una “estructura conceptual consistente y útil” (2012: 18). Esta conclusión, no es compartida por muchos otros autores que han encontrado debilidades insuperables en su propuesta.

El foco de crítica principal lo ocupa el concepto de función natural. Ereshefsky señala, en este sentido, que “la concepción de Wakefield requiere una concepción evolutiva de normalidad, pero no hay normas en la biología evolutiva y las normas de la fisiología no son evolutivas” (Ereshefsky, 2009: 225). En la misma dirección Jesse Prinz explica que, para que esa concepción evolutiva tuviera sentido, sería necesario, por un lado, aceptar que los mecanismos psicológicos evolucionaron con un propósito concreto, y, por otro, que los trastornos mentales impiden el cumplimiento de ese propósito (Prinz, 2012: 274).

Maximiliano Aragona resume esta debilidad concluyendo que el término disfunción “es intrínsecamente normativo” (Aragona, 2009: 6). Parece evidente que no hay una base biológica o naturalista sobre la que pueda asentarse su uso, por lo que éste responde necesariamente a factores de carácter valorativo. En relación a este concepto, también explica Aragona que Wakefield trata de escapar a la limitación derivada del desconocimiento de los mecanismos disfuncionales basándose en la teoría de la evolución, pero que esto da lugar a los problemas de los que ya se ha hablado aquí.

No se ha mencionado, sin embargo, un apunte interesante en este sentido, y es que, como señala Aragona (2009: 6) las funciones naturales no coinciden necesariamente con las funciones actuales. Varga (2011: 6-7) profundiza en esta cuestión para concluir, del mismo modo, que la concepción evolutiva de disfunción no es necesaria ni suficiente para la determinación de la presencia de un trastorno mental.

Tras tildar de vacía la respuesta de Wakefield en la que alude a nuestra intuición para percibir lo que es funcional y disfuncional, a pesar de nuestro desconocimiento de los mecanismos implicados, Aragona concluye que:

Wakefield se encuentra en problemas cuando se requiere una determinación precisa de qué son propiamente las disfunciones mentales, ya que para la mayoría de los trastornos mentales ni los mecanismos que subyacen a las supuestas disfunciones ni sus caminos evolutivos son suficientemente conocidos. (Aragona, 2009: 7)

Otro presupuesto problemático vinculado a la teoría de Wakefield es su consideración de la aptitud biológica⁵² como objetivo supremo de la vida humana. Se trata de una elección que tampoco encuentra sustento naturalista y que responde a elementos valorativos (Ereshefsky, 2009: 225). Este es otro de los aspectos en los que el supuesto elemento naturalista se acerca más a lo normativo.

Prinz detecta otra debilidad vinculada con la teoría de la disfunción perjudicial. Utiliza el ejemplo de la ansiedad como función evolucionada para afrontar situaciones de amenaza, y señala lo paradójico que sería el caso de un policía que al enfrentarse con frecuencia a estas situaciones tomase ansiolíticos. Según esta teoría, la cura psiquiátrica pasaría a ser la causa de la enfermedad (Prinz, 2012: 278).

Como consecuencia de esas consideraciones, Jesse Prinz concluye que la adopción de un criterio valorativo o cultural por parte de Wakefield es un movimiento útil y necesario, pero postula que lo sería más aún prescindir del elemento naturalista fundamentado en el controvertido concepto de disfunción. Más adelante (apartado 2.4.10), se prestará una mayor atención a su

⁵² Traducción de *biological fitness*.

propuesta que, a grandes rasgos, defiende que los trastornos mentales son reales, lo que no implica que tengan causa orgánica, y que deben tratarse simplemente porque son malos o perjudiciales.

Allen Frances, el director del grupo de trabajo del DSM-IV del que ya se ha hablado en este trabajo, apunta que, aunque la teoría de Wakefield es interesante teóricamente y ofrece una buena definición abstracta, no es nada útil ni para el DSM ni para la práctica psiquiátrica al no poder ayudar en la solución de los problemas que ésta enfrenta (Frances, 2012a: 25).

2.4.6 Canguilhem: el aspecto singular y social de la enfermedad mental

Esa imposibilidad para determinar de manera objetiva qué es lo normal a la que no parecen escapar ni Boorse ni Wakefield ya había sido detectada por Canguilhem. La aportación de Georges Canguilhem en la teorización sobre los conceptos de salud y enfermedad ha resultado enormemente relevante e influyente para la filosofía de la medicina. Su obra *Lo normal y lo patológico* (1986) es un referente en este ámbito y sus aportaciones en lo relativo al carácter singular de estos conceptos son especialmente interesantes. A diferencia de la propuesta de carácter naturalista de Boorse y la teoría híbrida de Wakefield, Canguilhem rehúye de una explicación científica de unos conceptos que a su juicio son intrínsecamente subjetivos. Como explica Sandra Caponi (2010: 151), Canguilhem “defiende un concepto de salud vulgar que escapa a las mediciones, a los cálculos, a las estadísticas y a los parámetros de riesgo”.

Esta manera de entender la salud va en contra de las conceptualizaciones predominantes hasta entonces, ya que ataca la idea de normalidad en la que estas se habían fundamentado. Esa normalidad configurada en base a la estadística o a cuestionadas teorías biológicas que no puede recoger, según Canguilhem, la singularidad y subjetividad propias del ser humano. En su lugar, este autor francés utiliza una concepción cualitativa de la normalidad (Bacarlett y Lechuga, 2009; MacSuibhne, 2009). La diferencia entre los estados normales y los patológicos se basa, por lo tanto, a juicio de Canguilhem, en aspectos

cualitativos que no pueden normalizarse debido a que variarán de un individuo a otro.

Canguilhem reivindicó el peso del sufrimiento y del dolor personal en la determinación de la salud y la enfermedad. Este factor subjetivo, unido a la particular relación entre cada individuo y su contexto, convierte a los sujetos y a su salud en realidades singulares que no pueden ser normalizadas en base a parámetros exclusivamente científicos. No quiere decir esto, tal y como señala Sandra Caponi (2010: 152), que se oponga a la ciencia, sino que defiende que ésta debe ser un complemento que colabore en la tarea comprender la salud de una forma más inclusiva y menos normalizadora.

Para Canguilhem, la salud está directamente vinculada con la capacidad del individuo para desarrollarse, para crear formas de hacer frente a los obstáculos que el contexto, la sociedad, le impone. La salud, por lo tanto, es un fenómeno social que no puede pensarse de manera aislada a ese contexto particular; no puede generalizarse ni universalizarse (Bacarlett y Lechuga, 2009; Caponi, S., 2010).

La enfermedad se corresponde con la ausencia de esta capacidad y afecta al sujeto como todo –en el que se incluye su medio– y no solo a una de sus partes (Bacarlett y Lechuga, 2009: 70). De manera que resulta complicado determinar cuál es el criterio que utiliza Canguilhem para diferenciar lo normal de lo patológico, porque si algo deja claro al respecto es que éste no es universalizable. Debido al carácter singular de ese criterio, no es posible etiquetar a este autor ni como naturalista, ni como normativista, ya que reconoce la importancia tanto de lo natural como de lo social y contextual para la conceptualización de la salud. Lo que sí está claro es que, esa frontera entre los estados normales y los patológicos es, según Canguilhem, de carácter cualitativo, singular, subjetivo, social y no generalizable.

2.4.7 Foucault: la enfermedad mental como herramienta de normalización social

Esa dimensión social de la que dotó Canguilhem al concepto de salud fue heredada por otro autor francés como Michel Foucault. De hecho, ambos

autores se profesaban una mutua admiración. A lo largo de su obra, especialmente en *Historia de la locura en la época clásica* (1961) analiza esa relación entre cada sociedad y las concepciones de salud propias de su época. Sin embargo, la visión de Foucault respecto a esa relación es bastante más pesimista que la de Canguilhem. Frente a la confianza de Canguilhem en la capacidad de los seres humanos para reinventarse y desarrollarse haciendo frente a los obstáculos que la sociedad le plantea, Foucault destaca la impotencia del individuo en relación a las imposiciones de su sociedad.

La capacidad creativa del individuo queda, a juicio de Foucault, limitada por el dominio que la sociedad ejerce a través del biopoder y la biopolítica. La sociedad pone en marcha todos los mecanismos a su alcance para tratar de normalizar o estandarizar a los individuos que forman parte de ella. Si bien reconoce un espacio para la resistencia individual, éste es reducido, y podría decirse que, a diferencia de Canguilhem, Foucault considera que la normatividad social se impone a la normatividad interna o individual.

Ese fenómeno de normalización social señalado por Foucault consiste en “la producción de individuos normales, entendiendo por individuo normal aquel apto para la vida productiva, política y moral que la sociedad requiere” (Bacarlett y Lechuga, 2009: 79). Así, se trata de reducir la diferencia y, al mismo tiempo, de patologizarla.

La visión de Foucault respecto a la salud y la enfermedad puede ser considerada, por tanto, como normativista, ya que considera que lo que diferencia los estados saludables de los patológicos tiene que ver con su correspondencia o no con los estándares marcados por la sociedad de la que forma parte el individuo. Lejos de aludir a la biología, Foucault explica la enfermedad mental haciendo referencia a la relación entre el individuo y su sociedad.

2.4.8 Fromm y la enfermedad mental como fenómeno social

Esa relación también es central en la ideología de Erich Fromm. En *La patología de la normalidad* (1990) este autor alemán dedicó especial atención al vínculo entre la salud mental del ser humano y su sociedad. Fromm defiende

que el hecho de que el ser humano sea un ser social, inseparable de su sociedad, implica que la salud mental solo puede entenderse tomando en cuenta esa sociedad.

Enrique Ubilla (2009: 161) explica que la etiología de la enfermedad mental elaborada por Fromm tiene en consideración tres factores: la constitución físico anatómica derivada de la genética, la condición humana con sus necesidades básicas, y el contexto. Como los dos primeros factores no pueden ser modificados, el tercero de ellos, el contexto o la sociedad en la que se desarrolla el individuo, resulta clave para la comprensión y el tratamiento de la enfermedad. Un apunte interesante en relación a esta cuestión es que para Fromm la adaptación exitosa del individuo a la sociedad no siempre es saludable, ya que algunas sociedades promueven tendencias patológicas que no por ser mayoritarias dejan de serlo.

2.4.9 La enfermedad mental como construcción social

Thomas Szasz fue un poco más allá en su diagnóstico de la influencia de lo social sobre la conceptualización de la salud y la enfermedad. Szasz, máximo exponente del movimiento antipsiquiátrico, consideraba los trastornos mentales como una construcción social al servicio de la normalización y la reducción de la diferencia. Para él, las enfermedades mentales son un mito (Szasz, 1961) que da lugar a la medicalización y psiquiatrización de los problemas cotidianos.

Szasz postulaba que esas construcciones no son enfermedades en el sentido biológico que tradicionalmente se les había dado, al mismo tiempo que denunciaba que su tratamiento como tal no puede considerarse un mero error intelectual, por haber llevado “a violaciones masivas de los derechos humanos a escala mundial” (MacSuibhne, 2009: 217). Además, atacó el habitual argumento de la psiquiatría que, en su intento por legitimar sus teorías y modos de actuación, alude a la esperanza en un progreso científico futuro que permitirá establecer ese correlato biológico, al señalar que, en caso de que se identifiquen, esas patologías biológicas se convertirán en enfermedades médicas.

Por lo tanto, para Szasz, el criterio para determinar qué estados son patológicos es exclusivamente social y respondería a las necesidades normalizadoras de cada contexto sociopolítico.

2.4.10 Prinz y su criterio de inteligibilidad

En uno de los capítulos de su libro *Beyond Human Nature* (2012), Jesse Prinz realiza una propuesta novedosa respecto a este tema. Este profesor de la City University of New York valora positivamente el aspecto sociocultural que Wakefield incorpora a su teoría híbrida, pero considera que debería renunciar al elemento naturalista, porque a su juicio no tiene sentido seguir aferrándose a esa pretensión.

Por otro lado, rechaza las teorías antipsiquiátricas por el hecho de que no reconocen la existencia de los trastornos mentales, pese a coincidir, en gran medida, en su conclusión de que esos trastornos son configurados socialmente. Lo cierto es que Prinz concede una importancia capital a la dimensión cultural de la enfermedad. Considera que la cultura influye en un doble sentido: por un lado, contribuye a determinar qué se considera como trastorno mental; y, por otro, hace que ciertos trastornos prevailezcan –o incluso solo existan en unas sociedades determinadas.

Prinz expone que todos los intentos de explicación naturalista han fracasado, tanto los que hacen referencia al desequilibrio químico como los que aluden a las disfunciones. Además, destaca que apenas se ha conseguido identificar la causa física de algún trastorno mental y que, si se lograra, en el futuro éste pasaría a ser una enfermedad médica como sucediera con el Alzheimer.

Por todo ello, considera que ese criterio naturalista resulta innecesario para la determinación de los trastornos mentales. Él defiende que los trastornos mentales son una categoría social no perteneciente a la ciencia natural, que, pese a existir, no tienen un carácter orgánico, y que simplemente se tratan porque son malos o perjudiciales para el individuo al que afectan. La conjunción de todas estas convicciones deriva en una propuesta que el filósofo norteamericano resume en los siguientes términos: “he sugerido que los

trastornos mentales son condiciones reales que incluyen patrones de pensamiento, sentimiento, o comportamiento que son considerados como ininteligibles” (Prinz, 2012: 282).

La inteligibilidad constituye el criterio esencial que diferencia los comportamientos normales de los patológicos en su propuesta de concepción de los trastornos mentales. Según explica, el hecho de que una conducta no nos guste, la consideremos perjudicial, o incluso anormal, no es suficiente para que determinemos la presencia de un trastorno mental, sino que es el hecho de que seamos incapaces de proyectarnos, de ponernos en lugar del otro, para comprender la razón que motiva dicha conducta lo que realmente provoca nuestra valoración de ésta como patológica. Considera que ese criterio se ajusta mucho mejor al uso que se hace de estos conceptos, y que pese a tener algunas potenciales debilidades éstas no suponen una amenaza para su idoneidad.

Entre las implicaciones que tiene esta comprensión del concepto, considera que la gradualidad y el relativismo pueden ser las más polémicas. Respecto a la vaguedad o carácter gradual inherente al criterio de inteligibilidad, asume que la frontera entre lo normal y lo patológico también es gradual.

Sobre el relativismo, concluye que es así como se utiliza el concepto; la determinación de lo que es un trastorno mental es relativa al juicio y apunta que obviamente habrá bastante consenso dentro de la misma cultura en esa evaluación, y menos si ésta se realiza en culturas diferentes. Este rasgo es coherente con su idea de que la cultura juega un papel esencial en la determinación de qué es una enfermedad mental y proporciona una explicación de por qué comportamientos considerados patológicos en una sociedad pueden resultar sanos en otra (Prinz, 2012: 281).

En este sentido, defiende que el modelo médico occidental no es más racional ni razonable que los modelos utilizados en otras culturas, debido a que, visto desde fuera, el fundamento de los criterios que utiliza resulta bastante cuestionable. Para Prinz, la racionalidad es prácticamente irrelevante en un modelo de clasificación en el que la inteligibilidad es el criterio determinante de la evaluación.

When we assume that human nature is biologically fixed, we tend to regard people with different attitudes and capacities as inalterably different. We also tend to treat differences as pathologies. We regard people who think differently than we do as defective. We marginalize groups within our borders and we regard the behaviour of foreigners as unnatural or even subhuman. (Prinz, 2012: 4)

2.5 Evolución del concepto de trastorno mental en el DSM

2.5.1 En el DSM-I y DSM-II

En el DSM-I (1952) y el DSM-II (1968) no se ofrece una definición explícita de los trastornos mentales y, por lo tanto, no se especifica cuál es el criterio utilizado por el manual para separar los comportamientos normales, de los patológicos. Sin embargo, si se presta atención a la clasificación, resulta sencillo percibir cuál es la etiología contemplada por estas ediciones del manual. Como ya se ha visto, en la primera edición de manera explícita y en la segunda de un modo algo menos evidente, los trastornos mentales son divididos en dos grandes grupos debido a su etiología probable. Por ello, se puede concluir con bastante seguridad que el manual contempla dos causas diferentes de los trastornos mentales: el deterioro de una función cerebral y un origen psicogénico o sin causa física.

Este hecho tiene que ver con la incorporación de los factores ambientales, el estrés y la experiencia vital como elementos importantes en el desencadenamiento de un trastorno mental. Y, por otro lado, con la consideración de los trastornos mentales como algo gradual. Esa evidente exposición de la etiología supuesta no es suficiente, sin embargo, para elucidar con precisión cuál es el criterio de diferenciación de lo normal y lo patológico considerado por el manual.

A pesar de ello, parece razonable concluir que la disfunción es valorada en el DSM-I y II como una de las causas de los trastornos mentales, aunque no la única, ya que la presencia de trastornos mentales sin causa física da lugar a que lo patológico también pueda ser resultado de una inadaptación entre el individuo y su medio. Por lo tanto, la disfunción y la inadaptación podrían ser

los criterios por los que se diferencian, en estas dos primeras ediciones del manual, los comportamientos normales de los patológicos.

2.5.2 En el DSM-III y DSM-III-R: Primera inclusión de la definición

Robert Spitzer, el máximo responsable de la redacción de la tercera edición del manual, consideraba que una definición adecuada era algo necesario para que la psiquiatría se consolidase como parte de la medicina (Decker, 2012: 23). Por ello, en el DSM-III (1980) se incluye, por primera vez, una definición de lo que el manual considera trastorno mental. Pese a que ésta viene precedida de una matización en la que se explica que “no existe una definición satisfactoria que especifique las fronteras precisas para el concepto `trastorno mental” (APA, 1980: 5), se presenta una definición considerada útil y que describe el concepto de trastorno mental utilizado por el manual⁵³:

In DSM-III each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral 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 important areas of functioning (disability).

In addition, there is an inference that there is a behavioral, psychological, or biological dysfunction, and that the disturbance is not only in the relationship between the individual and society. (When the disturbance is limited to a conflict between an individual and society, this may represent social deviance, which may or may not be commendable, but is not by itself a mental disorder.) (APA, 1980: 6)

Al prestarle atención se comprueba que, para el grupo de trabajo del DSM-III, el criterio determinante para la existencia de un trastorno mental es la presencia de una disfunción. Concretamente, “una disfunción comportamental, psicológica o biológica” (APA, 1980: 6) que genera un síndrome o patrón asociado a un síntoma doloroso o una incapacidad. Además, se señala que la desviación social no puede ser considerada en sí misma como un trastorno

⁵³ Las citas y extractos de texto del DSM se presentarán en el idioma original, sin traducción, para evitar problemas conceptuales asociados a ésta. Para ayudar a la comprensión de dichos extractos, estos serán traducidos o explicados por mí en el idioma del trabajo, a continuación de la exposición de la cita original.

mental. Del mismo modo, se reconoce que las fronteras entre los diferentes trastornos mentales y entre los estados normales y los patológicos son difusas.

En el caso de este manual, es bastante más sencillo elucidar cuál es el criterio utilizado para separar lo normal de lo patológico, y éste no es otro que el ya analizado criterio de disfunción. Lo que determina la presencia de un trastorno mental, para el DSM-III, es la existencia de una disfunción que, sin embargo, no resulta posible identificar en el caso de ninguno de los trastornos que posteriormente se clasifican.

En la revisión de la tercera edición, el DSM-III-R de 1987, la definición de los trastornos mentales se mantiene prácticamente intacta. Aunque varía su redacción, los criterios de definición son los mismos. De modo que, después del reconocimiento de que no existe una definición adecuada que establezca las fronteras precisas del concepto, se presenta la definición que se considera útil y que se ha influido a la hora de decidir si se incluyen o no algunas condiciones en la clasificación (APA, 1987: xxii)

In DSM-III-R each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in a person and that is associated with present distress (a painful symptom) or disability (impairment in one or more important areas of functioning) or with a significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom. In addition, this syndrome or pattern must not be merely an expectable response to a particular event, e.g., the death of a loved one. Whatever its original cause, it must currently be considered a manifestation of a behavioral, psychological, or biological dysfunction in the person. Neither deviant behavior, e.g., political, religious, or sexual, nor conflicts that are primarily between the individual and society are mental disorders unless the deviance or conflict is a symptom of a dysfunction in the person, as described above.

Como se puede comprobar, la existencia de una disfunción sigue siendo el criterio clave para determinar la presencia de un trastorno mental. Esa disfunción genera un síndrome comportamental o psicológico asociado a malestar o incapacidad al que en esta revisión se añade una nueva manifestación: “un significativo incremento del riesgo de sufrir la muerte, dolor, incapacidad o una importante pérdida de libertad” (1987: xxii). Sigue

considerándose que la categoría de trastorno mental no tiene unos límites claros que lo diferencien de estados considerados saludables, pero, se estipula que la presencia de una disfunción es el elemento diferenciador.

2.5.3 En el DSM-IV

El DSM-IV, publicado en 1994, hace manifiesto el carácter continuista de su definición de los trastornos mentales al incluir en el texto que la precede una explicación de las razones que motivan su permanencia. En esta cuarta edición se considera que, una vez asumida la imposibilidad de establecer una definición que delimite de manera precisa sus fronteras, tiene sentido mantener la definición de las ediciones previas por su utilidad (APA, 1994: xxi):

Despite these caveats, the definition of mental disorder that was included in DSM-III and DSM-III-R is presented here because it is as useful as any other available definition and has helped to guide decisions regarding which conditions on the boundary between normality and pathology should be included in DSM-IV.

En este sentido, es destacable el hecho de que se introduce una especie de recapitulación de conceptos utilizados para definir los trastornos mentales que tampoco han cumplido satisfactoriamente con su objetivo, a modo de justificación de la permanencia de esa definición fundamentada en el concepto de disfunción.

Mental disorders have also been defined by a variety of concepts (e.g., distress, dyscontrol, disadvantage, disability, inflexibility, irrationality, syndromal pattern, etiology, and statistical deviation). Each is a useful indicator for a mental disorder, but none is equivalent to the concept, and different situations call for different definitions. (APA, 1994: xxi)

Tras estas explicaciones preambulares, el DSM-IV presenta la ya conocida definición de trastorno mental que hace alusión al concepto de disfunción como criterio determinante de su presencia.

In DSM-IV, each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress (e.g., a painful

symptom) or disability (i.e., impairment in one or more important areas of functioning) or with a significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom. In addition, this syndrome or pattern must not be merely an expectable and culturally sanctioned response to a particular event, for example, the death of a loved one. Whatever its original cause, it must currently be considered a manifestation of a behavioral, psychological, or biological dysfunction in the individual. Neither deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) nor conflicts that are primarily between the individual and society are mental disorders unless the deviance or conflict is a symptom of a dysfunction in the individual, as described above. (APA, 1994: xxi-xxii)

La versión revisada de esta cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV-TR (2000), tampoco introduce ninguna novedad significativa en lo relativo a la definición de los trastornos mentales.

2.5.4 En el DSM-5

La última edición de este manual, la quinta, del 2013, ha mantenido la definición de los trastornos mentales que los explica haciendo referencia al concepto de disfunción. Este concepto, como se ha visto con anterioridad, se encuentra bastante cuestionado y pese a ello sigue manteniéndose como fundamento inalterable de la definición del manual desde 1980.

Son prácticamente insignificantes las modificaciones introducidas en la redacción de la definición de esta última edición, que mantiene intactas las bases que se establecieron con su incorporación en el DSM-III. Esas bases se corresponden con el ya mencionado concepto de disfunción y su relación con los síntomas de malestar y discapacidad que se le asocian.

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 disorders are usually associated with significant distress or disability in social, occupational, or other important activities.

An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as the death of a loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above.

Como se ve, uno de los pocos cambios llamativos es la especificación de que la disfunción se da en uno de los procesos subyacentes al funcionamiento mental. Por lo demás, lo único destacable es el hecho de que se mantenga la matización de que el comportamiento desviado y los conflictos entre el individuo y su sociedad no serán considerados trastorno mental si no se deben a una disfunción de las ya especificadas. Esta matización parece actuar a modo de refinadora de una definición que corre el riesgo de resultar excesivamente vaga.

2.5.5 Recapitulación de la evolución del concepto y vías posibles de definición

Desde que la Asociación de Psiquiatría Americana decidió incluir una definición en el manual, allá por el año 1980, hasta la actualidad, la definición de trastorno mental se ha mantenido prácticamente inmutable a pesar de las debilidades e incapacidad que ellos mismos le reconocen. Esas debilidades están directamente vinculadas al uso del concepto de disfunción como criterio diferenciador de los comportamientos patológicos. Tal y como se ha comprobado en el apartado previo, se trata de un concepto deficiente y problemático, ampliamente cuestionado, y cuya permanencia en el manual resulta difícilmente justificable.

Este problema ha sido abordado por diversos autores que trabajan en este ámbito. Warren Kinghorn (2013), tras comprobar las ya mencionadas debilidades de la definición del DSM, analiza el papel que juegan en el manual en un intento por encontrar una explicación a su permanencia. En este sentido, señala que la definición apenas es tenida en cuenta durante la elaboración del manual, a la hora de determinar la inclusión o exclusión de los trastornos. Por ello, considera que su permanencia responde a motivos de índole político, que

actúa como elemento que contribuye a delimitar un espacio seguro para la psiquiatría, donde su legitimidad como disciplina médica no sea cuestionada (Kinghorn, 2013: 54).

Kinghorn revela algunas de las estrategias que se utilizan en la definición con el fin de perpetrar esa función. Apunta que la referencia que la definición hace a la “disfunción en” es una forma de dar profundidad e interiorizar el origen de los trastornos mentales, idea que desarrolla al señalar que “si esa ‘disfunción en’ puede ser demostrada o localizada es inconsecuente para la definición del DSM: que se presume que existe es suficiente para justificar el espacio seguro en el que la psiquiatría puede ejercer su propia autoridad” (2013: 55).

Además, explica que las matizaciones añadidas a la definición, en las que se excluyen las respuestas culturalmente sancionadas y la desviación social como algo patológico –si no se debe a una disfunción–, tienen como objetivo proteger a la psiquiatría de las recurrentes críticas que la acusan de medicalizar aspectos de la vida cotidiana y patologizar la desviación.

Sin embargo, Kinghorn considera que esta estrategia no tiene éxito y que, lejos de cumplir esa función de legitimar y proteger la psiquiatría, la hace más susceptible a la crítica, al cargarla de aspectos valorativos, arbitrarios y difíciles de justificar (Kinghorn, 2013: 56-57). Por ello, concluye que, pese a que “una psiquiatría sin definición de trastorno mental sería una psiquiatría sin fundamentos” (2013: 60), como los fundamentos que utiliza son arbitrarios e injustificables, es mejor prescindir de ella.

Ante la comprobada dificultad de establecer una definición con fundamentos sólidos que permita establecer una frontera precisa entre lo normal y patológico, hay quienes optan por abandonar el objetivo, y quienes valoran éste como necesario e irrenunciable.

Esta última opción es secundada por Somogy Varga (2011) que defiende la necesidad de establecer una definición de trastorno mental, al mismo tiempo que rechaza el uso del concepto de función en ella. A su juicio, “la credibilidad de la psiquiatría como disciplina médica depende hasta cierto punto de una definición convincente” (Varga, 2011: 1).

Allen Frances (2012a), el jefe del *Task Force* del DSM-IV, reconoce la imposibilidad de conseguir una definición de trastorno mental adecuada y que cubra todos los casos, pero, aun así, defiende la necesidad práctica de su inclusión en el DSM.

2.6 Críticas y problemas asociados al DSM-5

Esa falta de una definición clara de los trastornos mentales da lugar, además, a otros muchos problemas por los que el DSM se sitúa en el foco de la crítica. Son muchos los autores que cuestionan la validez y legitimidad de un manual que no ha sido capaz de superar las debilidades mostradas a lo largo de sus sucesivas ediciones.

Aspectos como la comorbilidad, la inflación de diagnósticos, o la medicalización son algunos de los obstáculos más importantes que el DSM ha encontrado en su búsqueda de aceptación. A continuación se analizan estos y otros problemas haciendo alusión a las críticas que las y los especialistas en la materia han dirigido al manual. Críticas que han tenido lugar desde la aparición de su tercera edición y que siguen vigentes en relación a la edición actual.

2.6.1 Fronteras no definidas

El principal problema del DSM, y del que se derivan en gran medida la mayoría de los que se verán a continuación, es la ausencia de unas fronteras definidas entre lo normal y lo patológico y entre las diferentes categorías consideradas como patológicas. Una de las condiciones que tiene que cumplir una clasificación para poder ser considerada válida “es establecer diferencias netas entre los ejemplares incluidos y excluidos en una categoría” (Braunstein, 2013: 81), cosa que la del DSM-5 no consigue. Pese a los numerosos esfuerzos realizados, ni las investigaciones en neurociencias, ni los marcadores biológicos han conseguido establecer una diferencia precisa entre los estados normales y los propios de la presencia de un trastorno mental, salvo en contadas excepciones como los trastornos neurológicos (Nesse y Stein, 2012: 2).

Ante la imposibilidad de encontrar indicadores objetivos, las fronteras entre las consideraciones de salud y enfermedad mental siguen estableciéndose de manera arbitraria y, por lo que parece, ese carácter arbitrario se orienta de modo que lo patológico ocupa el espacio más amplio. Tal y como señala Joel Paris, “el peligro de la ideología del DSM-5 es que extiende el espectro del trastorno mental hasta un punto en el que casi todos pueden ser diagnosticados con uno (y tratados consecuentemente)” (2013: 41).

La incapacidad para establecer fronteras precisas y objetivas es, como ya se ha visto anteriormente, una limitación intrínseca a la psiquiatría que, como tal, tiene su reflejo en este manual. Sin embargo, no es solo esa limitación, sino la dirección en la que utiliza esa arbitrariedad, apuntando hacia la inflación de diagnósticos y la medicalización –de las que se hablará en el apartado 2.6 del presente trabajo–, la que da lugar a todo tipo de críticas y sospechas.

Pero esas ‘normalidades’ estadística y fisiológica son ampliamente cuestionables, peligrosas y portadoras de prejuicios ampliamente sospechosos de colusión con el poder establecido cuando se trata del ‘funcionamiento’ personal y social. ¿Quién es el normal y a partir de cuándo ‘tiene’ un ‘trastorno’ de la personalidad o de cualquier otra variable psicológica? Los criterios de la medicina general son los de rangos evaluables en términos fisiológicos; los de la psiquiatría son rangos sociológicos, culturales y, para decirlo rápidamente, políticos pues, en este caso, la atribución de ‘enfermedad’ es un acto de la polis a través de uno de sus dispositivos, el dispositivo *psi* al que nadie escapa, ni siquiera sus agentes”. (Braunstein, 2013: 43-45)

A la falta de diferenciación entre la presencia y no presencia de un trastorno mental se le añade, además, la deficiente delimitación entre los diferentes trastornos mentales que da lugar al fenómeno de la comorbilidad que se verá a continuación. Néstor Braunstein (2013: 106) apunta con acierto que “si los trastornos fuesen categorías independientes la coexistencia de uno con otros debería ser un hallazgo azaroso”, pero, sin embargo, en el DSM-5 la comorbilidad parece ser la norma. Para Nesse y Stein (2012: 2), es el uso de criterios operacionales lo que da lugar a la falsa idea de que los trastornos son entidades discretas y bien diferenciadas. En un sentido parecido señala Sandín (2012: 261) que ante la imposibilidad de establecer límites claros entre

los trastornos –que ni son homogéneos ni tienen límites claros– el DSM-5 ha optado por aumentar los tipos y subtipos.

El problema parece tener bastante que ver con la pretensión de ser una especialidad médica y con la no asunción de que, en la psiquiatría, las nociones de normalidad y patología no funcionan de un modo comparable. El uso de un sistema categorial para clasificar condiciones entre las que no existen diferencias cualitativas, no parece la medida más adecuada. Si a la ausencia de límites definidos entre trastornos, se le añade el uso de un sistema de clasificación categorial, resulta inevitable que la comorbilidad se haga protagonista (Sandín, 2013).

Algunos trastornos en particular parecen ser especialmente propicios para ser clasificados en base a un enfoque dimensional ya que no hay pruebas que sustenten la discontinuidad en los síntomas entre lo normal y lo patológico; este es el caso de la depresión mayor, el trastorno obsesivo-compulsivo, el autismo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos de la personalidad. (Hyman, 2010: 165)⁵⁴.

La conclusión que sacan los psiquiatras es incierta y ciertamente deprimente: o la psicopatología no consiste en entidades mórbidas discretas como las que se numeran y letrifican en la CIE y en el DSM, o la psicopatología sí consiste en entidades discretas pero no son las que se reflejan en las actuales categorías diagnósticas, o la naturaleza de la psicopatología es intrínsecamente heterogénea consistiendo a veces en ‘enfermedades’, a veces en ‘reacciones’ inadaptadas pero comprensibles o poco o nada comprensibles o a medias adaptadas y a medias no... (Braunstein, 2013: 107)

2.6.2 Comorbilidad

Uno de los aspectos más recurridos a la hora de cuestionar la validez del manual es la comorbilidad. La comorbilidad tiene que ver con el solapamiento de dos diagnósticos diferentes en un mismo individuo y, en el caso de este

⁵⁴ Si bien este artículo es previo a la publicación del DSM-5, y se refiere, por lo tanto, al DSM-IV, todas las citas y comentarios que aquí se recogen se presentan porque mantienen su vigencia en relación al DSM-5.

manual, se correspondería con el diagnóstico positivo de dos trastornos mentales diferentes en el mismo paciente. Como se ha visto, uno de los requisitos que debe cumplir una clasificación es “establecer diferencias netas entre los ejemplares incluidos y excluidos en una categoría” (Braunstein, 2013: 81), por lo que el alto nivel de comorbilidad que caracteriza al DSM, también en su última edición, supone una debilidad clasificatoria importante.

En lo relativo a esta clasificación, parece que “la comorbilidad es la norma, no la excepción” (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014: 70) debido a que son pocos los pacientes con un diagnóstico único y claramente definido. Esta conclusión es compartida por otros autores (Moffitt et al., 2007), que también coinciden al señalar la comorbilidad como aspecto predominante en el DSM desde su tercera edición. En esta misma línea, Randolph M. Nesse y David J. Stein, en un artículo publicado en 2012, hacen referencia a sendos estudios (Kessler et al., 1994, 2005) según los cuales “se vio que la comorbilidad era prevalente” en base a ediciones anteriores del manual –DSM-III-R y DSM-IV– puesto que “la mayoría de los individuos que tienen un trastorno también cualifican para diagnósticos adicionales” (Nesse y Stein, 2012: 2).

Este problema se ha mantenido desde esa tercera edición del DSM hasta la actualidad, y la comorbilidad sigue siendo especialmente elevada entre los diferentes trastornos de la personalidad y entre la depresión mayor y el trastorno de ansiedad generalizada.

Steven Hyman (2010: 173), miembro del Comité Directivo del DSM-5, considera que estas tasas elevadas de comorbilidad se deben a una “división excesiva y científicamente prematura” y considera que la adopción de criterios dimensionales podría ser de ayuda en la reducción del problema. Nesse y Stein (2012) van un poco más allá en su valoración y consideran que las expectativas respecto a la posibilidad de establecer un sistema diagnóstico que categorice de manera precisa los trastornos en base a sus causas cerebrales son demasiado optimistas e infundadas y que “la comorbilidad, la heterogeneidad y las fronteras difusas de muchas categorías del DSM pueden reflejar precisamente la realidad clínica” (2012: 6).

Entre los muchos problemas que acarrea este rasgo del manual, Moffitt y colaboradores (2007) destacan su repercusión sobre las pruebas de fármacos que, generalmente, suelen tener como protagonistas a pacientes con un diagnóstico único y puro y que, visto lo visto, pueden representar a una minoría de los que luego se tratarán o no en base a las conclusiones de esos experimentos. De hecho, como señala Hyman (2010), hay estudios que parecen concluir que, en lo relativo a algunas categorías diagnósticas, la efectividad de los fármacos es significativamente menor en pacientes con un diagnóstico que reúna síntomas de trastornos diferentes (Howland et al., 2009; Rush et al., 2006).

2.6.3 La subcategoría “trastorno no especificado”

Muy vinculada con esta debilidad en la clasificación del DSM se encuentra otro rasgo controvertido del manual. Este no es otro que la inclusión de la subcategoría “trastorno no especificado” –NOS (del inglés *Not Otherwise Specified*)⁵⁵– que aparece asociada a muchos de los trastornos clasificados y mediante la cual suele diagnosticarse a gran parte de los pacientes. Esta subcategoría se utiliza para dar cabida a todos los individuos cuyos síntomas no encajan en los criterios específicos de las demás subcategorías, pero sí se consideran suficientes como para otorgarles el diagnóstico general.

La presencia de esta subcategoría en la clasificación del DSM no es ni mucho menos anecdótica, sobre todo en lo que respecta al diagnóstico de ciertos trastornos. De hecho, este es uno de los motivos que menciona explícitamente la British Psychological Society (BPS) en su carta de respuesta a la APA para justificar su rechazo al DSM-5 (BPS, 2011). En ese documento, titulado *Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 Development*, utilizan como argumento en contra del DSM-5 que “los trastornos clasificados como ‘no especificados de otra manera’⁵⁶ son muchísimos (llegando al 30% de todos los diagnósticos de trastorno de la personalidad por ejemplo)” (BPS, 2011: 2).

⁵⁵ En el DSM-5 se utiliza la denominación “unspecified”.

⁵⁶ *Not Otherwise Specified*.

En la misma línea, Bonifacio Sandín (2013: 261) considera que la alta tasa de diagnósticos que se llevan a cabo a través de esas subcategorías “es otra prueba de la debilidad del sistema categorial; puesto que ésta es una categoría residual en el DSM-IV, deberían diagnosticarse pocos casos con esta etiqueta”. Pero, como apunta Hyman (2010), esa elevada tasa de casos de este tipo se debe al intento de especificar la naturaleza de los trastornos más de lo que es posible a la vista de cómo estos se dan en la práctica. Hasta el punto de que el “resultado de promulgar un criterio operacional altamente especificado para describir trastornos heterogéneos es que muchos pacientes no coinciden con ningún criterio y reciben el diagnóstico *no especificado de otra manera (NOS)*” (Hyman, 2010: 173).

Como ya se ha anticipado, este tipo de diagnósticos son especialmente habituales en relación a algunos trastornos particulares cuya naturaleza parece especialmente difícil de estandarizar. En el caso de los trastornos de la personalidad, los trastornos del espectro autista, o los trastornos de la conducta alimentaria, el número de diagnósticos realizados mediante esta subcategoría llega incluso a ser mayoritario (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Hyman, 2010).

El riesgo que implica el diagnóstico a través de esta categoría no se limita únicamente al ámbito teórico en el que la debilidad de la clasificación se ve bastante expuesta, sino que tiene consecuencias sobre los pacientes diagnosticados, cuyo tratamiento resulta bastante problemático. Que los diferentes no pueden ser tratados de manera igual es una máxima que también se extrapola al mundo psiquiátrico y, en este caso, la subcategoría NOS es un enemigo importante de ella. Como vienen diciendo multitud de especialistas desde ediciones anteriores del manual (Jackson, Passamonti y Kroenke, 2007, vía Hyman, 2010), “una parte significativa de los pacientes que se presentan en los centros de atención primaria no satisfacen los altamente especializados criterios diagnósticos nombrados en el DSM-IV y reciben el diagnóstico NOS con consecuencias impredecibles para la intervención del tratamiento”.

2.6.4 Inflación de diagnósticos y patologización de comportamientos de la vida cotidiana

La ausencia de límites definidos entre lo normal y lo patológico resulta especialmente problemática por la dirección en la que la psiquiatría actual orienta esa indefinición. En este sentido, el fenómeno de la progresiva inflación de diagnósticos por el que se viene caracterizando la psiquiatría, y la patologización de comportamientos de la vida cotidiana a la que ésta es asociada por muchas voces críticas autorizadas, destaca como una de las mayores debilidades de esta disciplina.

La inflación de diagnósticos es el fenómeno que hace referencia al desmesurado aumento de diagnósticos positivos en la población, que se deriva de problemas como el sobrediagnóstico o la patologización de comportamientos que antes eran considerados como normales. Tal vez por eso señala Braunstein (2013: 35) que “la salud mental consiste en vivir adaptándose a la convención cultural”, porque la conceptualización de lo normal y de lo patológico va cambiando en función de la ideología predominante en sociedad en la que ésta se circunscribe, tal y como se ha observado en el apartado dedicado a la evolución del DSM⁵⁷.

Este manual es determinante en el establecimiento de esa conceptualización y, por ello, la revolución en el diagnóstico de los trastornos mentales que supuso la aparición del DSM-III en 1980 propició un enorme aumento en el número de diagnósticos positivos que no ha cesado de crecer desde entonces. El aumento se ha debido no solo al enorme incremento de categorías diagnósticas que el manual ha experimentado, sino también a la progresiva rebaja de los umbrales diagnósticos. Estas dos estrategias han provocado que la etiqueta de enfermo mental haya pasado a dar cabida a un cada vez mayor número de individuos. Nestor Braunstein señala que para entonces los trastornos mentales ya estaban en los primeros lugares de morbilidad, tan solo superados por los resfriados, las bronquitis y los reumatismos (Gregory, 1987⁵⁸: 470 vía Braunstein, 2013: 78).

⁵⁷ En el apartado 2.2.

⁵⁸ *The Oxford Companion to the Mind*.

En base al DSM-III y a su revisión el DSM-III-R, según sendos sondeos realizados a nivel de Estados Unidos (ECA⁵⁹, Robins y Regier, 1991; NCS⁶⁰, Kessler et al., 1994) y citados por Aragona (2009), más del 30% de los encuestados recibía al menos un diagnóstico positivo. Este dato relativo a los Estados Unidos es bastante parecido a otros que se han extraído en el contexto de la Unión Europea, ya que, en un estudio realizado en 2005, utilizando datos y sondeos de los países que la conforman, se apreciaba una prevalencia del 27, 4% (Wittchen y Jacobi, 2005) de diagnóstico de trastorno mental sobre un periodo 12 meses. Estas tasas son consideradas excesivamente elevadas por las y los especialistas y que sin embargo no ha hecho más que aumentar desde entonces.

El mismo estudio, a nivel de la Unión Europea, fue repetido en 2011 ya con el DSM-IV como fundamento y con resultados significativamente superiores. En él se llegaba a la conclusión de que la prevalencia de trastornos mentales en la población durante un periodo dado de 12 meses alcanzaba, según los datos más conservadores, un 38, 2% (Wittchen et al., 2011). Si el periodo que se contempla se amplía a toda la vida del individuo, este dato aumenta en una gran proporción, como se puede comprobar a la luz de unos estudios realizados entre 2001 y 2004⁶¹ (Kessler et al., 2005), a los que hacen referencia Kawa y Giordano (2012), y según los cuales en torno a la mitad de los estadounidenses cumplirían los criterios de diagnóstico de alguno de los trastornos mentales clasificados en el DSM-IV.

Los datos actuales en relación al DSM-5 no son menos impactantes. Recientes estudios muestran los problemas que la última edición del manual tiene para delimitar la naturaleza de algunos trastornos y cómo, en gran medida por ello, estos podrían ser diagnosticados a un alto porcentaje de la población.

El problema de la elevada proporción de diagnósticos positivos se ha mantenido en el DSM-5 y son muchos los trastornos mentales que, por su vaga definición, dan cabida a un enorme porcentaje de la población (Paris, 2013: 42-43): en el caso del trastorno depresivo mayor, su amplia definición hace que

⁵⁹ *Epidemiologic Catchment Area.*

⁶⁰ *National Comorbidity Survey.*

⁶¹ *National Comorbidity Survey for mental disorders in the United States.*

más de la mitad de la población sea susceptible de cumplir los criterios diagnósticos en algún momento de su vida; en los trastornos de ansiedad, no existe una frontera que diferencie lo normal de lo patológico ni en el trastorno de ansiedad generalizado ni en el trastorno por estrés postraumático; la categoría trastornos del espectro autista, cuyo diagnóstico debería ser minoritario, alcanza aproximadamente a un 4% de la población, lo que unido a la ausencia de un tratamiento eficaz, potencia su estigmatización; el TDAH tampoco tiene unas fronteras claras y se ha convertido, prácticamente, en una epidemia, especialmente entre los adultos; los trastornos de la personalidad, también sin un tratamiento eficaz, no se diferencian claramente de lo que es una personalidad normal y tienen una prevalencia del 10% o más; y en torno al mismo porcentaje se ubica la prevalencia de los trastornos relacionados con sustancias. En base a estas cifras, Joel Paris concluye que, si se aplicara el DSM-5, “la prevalencia vitalicia del trastorno mental será cercana al 100%” (2013: 43).

Todo este proceso ha dado lugar a lo que algunos denominan como patologización de comportamientos de la vida cotidiana, y en inglés se conoce como *disease mongering*. Juan Medrano explica que aunque este fenómeno a veces se ha traducido como “invención de enfermedades”, en realidad “la idea está más cercana a la propagación (del concepto de cada una) de las enfermedades de que se trate, más que a una invención genuina de conceptos” (2014: 659). Moynihan y colaboradores (2002: 886) lo definen como la “ampliación de las fronteras de las enfermedades tratables con el objetivo de expandir mercados para aquellos que venden y distribuyen tratamientos”. El resultado es que cada vez son más los individuos susceptibles de obtener el diagnóstico de un trastorno mental debido a un comportamiento cuya correspondencia con la enfermedad es del todo cuestionable ya que, como se ha visto, no existe fundamento alguno para determinar que esas formas de actuación puedan tener una naturaleza patológica.

Medrano explica que tras este fenómeno no solo se esconden los intereses de la industria farmacéutica, ya que el aumento de diagnósticos positivos también supone un lucrativo negocio para las y los profesionales que encuentran en cada uno de ellos la justificación necesaria para cobrar por sus

servicios (Medrano, 2014). Por ello, este autor concluye que el DSM-5 cumple a la perfección con su función de potenciación de este negocio.

Una de las voces más críticas respecto a este fenómeno ha sido la de Allen Frances. El que fuera director del Comité Directivo del DSM-IV ha vertido constantes y duras críticas a lo largo de todo el proceso de creación del DSM-5 (Frances, 2009, 2010, 2012a, 2012b, 2012c ; Frances y Widiger, 2012), denunciando lo que a su juicio era una estrategia peligrosa que conduce directamente hacia la inflación de diagnósticos. Estrategia que, según él, se basa en la creación de nuevos trastornos mentales y en la reducción de los umbrales de diagnóstico de los ya existentes.

Esta opinión es compartida por la *Society for Humanistic Psychology* (SHP) a tenor de lo expuesto en su carta abierta al DSM-5 (SHP, 2012) secundada por más de 13.000 profesionales y 50 organizaciones de salud mental. En ella, además de la reducción de los umbrales de diagnóstico y de la creación de nuevos trastornos en poblaciones vulnerables, denuncian la excesiva tendencia médico-biológica del manual para fundamentar su rechazo al por entonces borrador del DSM-5.

El fenómeno derivado de esta estrategia preocupa a muchos profesionales que vislumbran una patologización de comportamientos de la vida cotidiana sin precedentes. Empieza a relacionarse peligrosamente la existencia de un problema o dificultad en el desarrollo de la vida de una persona con la presencia en esta de un trastorno mental, con todos los riesgos que esto implica. Como explican Echeburúa y colaboradores (2014: 71) “la tolerancia hacia comportamientos diferentes y hacia la diversidad cultural es importante así como lo es tener en cuenta que el sufrimiento es inherente a la vida” sin que éste tenga que implicar, de ninguna manera, la presencia de un trastorno mental en el individuo.

Las consecuencias de la inflación de diagnósticos preocupan a toda la comunidad de profesionales de la psiquiatría puesto que, como se ha explicado, la proliferación de falsos positivos, la estigmatización y la creciente medicalización de la población son considerados mayoritariamente como algunos de los principales problemas de la psiquiatría actual.

Se torna oficial e imperioso un discurso médico cargado de finalidades pretendidamente 'higiénicas' (sanitarias) que, en nuestro caso, el de la psiquiatría y disciplinas adláteres, designa como trastornos y enfermedades a lo que se aparta de ciertas reglas de comportamiento y de relación con el propio cuerpo, con las propias decisiones y con la vida y el cuerpo de los demás. (Braunstein, 2013: 33-34)

La British Medical Journal (BMJ) inició en mayo de 2013 una campaña llamada *Too much medicine* con la que pretende dar visibilidad al problema de la inflación diagnóstica, considerado por ellos una amenaza para la salud de las personas. En 2016, la BMJ unió sus fuerzas con el grupo del Royal College of General Practitioners (RCGP) del Reino Unido centrado en el sobrediagnóstico. Desde la puesta en marcha de esta iniciativa, se han publicado en la revista más de doscientos artículos científicos que tratan este problema.

En un libro publicado en 2014 bajo el título *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*⁶² Allen Frances profundiza en esta problemática. El catedrático de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Duke, tras analizar el estado de la psiquiatría actual y las tendencias institucionales, concluye que existe un gran interés en medicar a las personas que están bien o presentan problemas leves, y un abandono de los enfermos graves. Las razones parecen obvias y a nadie se escapa que el aumento de diagnósticos positivos en personas con problemas leves proporciona un aumento en el consumo de tratamientos simples con altos beneficios económicos para la industria farmacéutica.

Tras analizar el problema de la inflación diagnóstica, y los diversos factores que la han potenciado –como las fallas del sistema diagnóstico, las debilidades en la clasificación y definiciones del DSM-5, o la falta de formación ética de las y los psiquiatras– Laura Bernal defiende que “los trastornos mentales deberían ser diagnosticados únicamente cuando su manifestación es muy clara, grave, y es evidente que no se van a curar por sí solos” (Bernal, 2016: 146).

⁶² Traducido al castellano como *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría.*

En este sentido, resulta interesante mostrar aquí unas palabras del propio Frances en 2012, recogidas por Braunstein (2013: 112), y que evidencian claramente el sentir del que fuera máximo responsable de la elaboración del DSM-IV respecto a la dirección tomada por la psiquiatría en los últimos tiempos:

En 20 años se ha triplicado el diagnóstico de síndrome de déficit de atención (ADD), multiplicado por 20 el de 'trastornos autísticos infantiles' y por 40 el de 'trastorno bipolar infantil', todo lo cual ha hecho multiplicar en la misma proporción la prescripción de sustancias estimulantes y la fármaco-dependencia de millares de chicos indefensos ante la agresividad de los intereses en colusión de los médicos y las compañías farmacéuticas. (Frances, 2012c)

Como señala Frances, y se verá a continuación, la inflación de diagnósticos deja el terreno sembrado para la prescripción médica y para el consumo de fármacos de dudoso efecto sobre la salud pero de grandes réditos para la industria. También para la estigmatización, como se verá más adelante (apartado 2.6.7).

2.6.5 Medicalización

La medicalización de la población es señalada mayoritariamente como el principal problema derivado del modelo psiquiátrico actual. Cada vez una mayor parte de la población consume psicofármacos bajo prescripción médica con cierta regularidad, para hacer frente a problemas o dificultades intrínsecos a la existencia humana.

La medicalización es, a grandes rasgos, el proceso mediante el cual problemas de la vida pasan a ser considerados problemas médicos y, por lo tanto, tratados como tales. La siguiente definición de Nestor Braunstein (2013: 33) puede servir para comprender qué es la medicalización y, al mismo tiempo, por qué resulta tan controvertida:

¿A qué llamamos 'medicalización'? A una modalidad discursiva en constante expansión, iniciada en el siglo XVIII, reforzada después de la primera mitad de siglo XIX, decretada oficialmente como política de los

estados a partir de la nacionalización de la medicina en Inglaterra en 1942, que dio lugar en todo Occidente a la constitución de ‘institutos de seguro social’ y cada vez más visible a medida que avanza el siglo XXI, por el cual diferentes, cuando no todos, los aspectos de la vida humana son vistos y tratados en términos del ‘saber médico’, supuestamente científico, avalado por cifras y estadísticas que muestran a las claras donde está el bien (la ‘salud’ equiparada a la normalidad) y dónde el mal, la ‘enfermedad’ que nos acecha. La medicalización impone una tecnología del manejo de sí y el manejo del cuerpo y alma de los otros en las esferas pública y privada.

El problema de base se encuentra en la incapacidad para definir los trastornos mentales, y para determinar los problemas o estados que tienen que ver con su presencia y los que no (Aragona, 2009), ya que esto abre la veda para la recientemente mencionada inflación de diagnósticos con sus correspondientes tratamientos. Sin ir más lejos, en el proceso de elaboración de la última edición del DSM-5, se propusieron una serie de nuevos trastornos mentales –algunos de los cuales fueron descartados en la versión definitiva– que, además de no cumplir con ciertos criterios mínimos de validez, ni siquiera tienen un tratamiento eficaz (Frances, 2010, 2012a). Sin embargo, la mayoría de estos y el resto de trastornos mentales son tratados de la misma forma: mediante psicofármacos.

Estos tratamientos, que tienen su origen en la revolución psicofarmacológica de los años 50 y 60, y su puesta en práctica en las décadas posteriores –cuando se produce la deinstitutionalización de los pacientes psiquiátricos (Mayes y Horwitz, 2005: 255) y el cambio de paradigma psiquiátrico condensado en el DSM-III– se han extendido hasta límites bastante peligrosos. Este hecho es señalado por la British Psychological Society en la carta que dirigió a la APA durante el proceso de elaboración del DSM-5 para manifestar su rechazo al nuevo manual (BPS, 2011:2):

A la Sociedad le preocupa que los clientes y el público general se están viendo afectados negativamente por la continuada y continua medicalización de sus respuestas naturales y normales a sus experiencias; respuestas que indudablemente tienen consecuencias angustiantes que

demandan respuestas de ayuda, pero que no reflejan la enfermedad tanto como la variación individual normal.⁶³

Esta manifestación sintetiza de manera evidente la preocupación general entre las y los profesionales de la psiquiatría. Son muchos quienes han llamado la atención sobre el riesgo en el que se pone a numerosos pacientes con problemas o dificultades que pueden ser considerados normales y que son tratados diariamente con medicaciones que, lejos de ser beneficiosas para la salud, pueden suponer un perjuicio para ella. Se recetan psicofármacos con una facilidad impactante a individuos que probablemente no necesiten consumirlos, y que pueden verse perjudicados de diversos modos por su ingesta. Una tendencia cada vez más extendida y sobre la que autores como Kawa y Giordano (2012: 7) consideran que es momento de reflexionar:

Puede merecer la pena ponderar hasta qué punto un fenómeno puede ser particularmente problemático con respecto a un número de condiciones comportamentales y emocionales que podrían ser meras extensiones del comportamiento normal o simples “excentricidades” que pueden entonces ser interpretadas como enfermedades médicas. La “patologización de la desviación” y la “medicalización de las enfermedades sociales” son efectos potenciales de las tendencias de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico.

Una visión parecida, pero mucho más contundente, es expresada por Allen Frances en el marco de una entrevista que concedió recientemente a la revista Jotdown (Frances, 2016):

En los Estados Unidos los analgésicos opioides están tras la muerte de diecinueve mil personas al año. Analgésicos recetados. Causan mucha adicción a opiáceos y a la heroína. Son las peores píldoras en el mundo. ¿Se usan en exceso aquí también? Son los peores medicamentos del mundo. La gente debe evitarlos. Los médicos los dan como caramelos. La segunda peor medicina en el mundo: las benzodiacepinas. Muy a menudo las personas se vuelven adictas a ellas, y entonces es casi imposible retirarlas porque los síntomas de abstinencia son terribles. Estos son medicamentos que no deben ser utilizados por casi nadie y, sin embargo,

⁶³ Original: “The Society is concerned that clients and the general public are negatively affected by the continued and continuous medicalisation of their natural and normal responses to their experiences; responses which undoubtedly have distressing consequences which demand helping responses, but which do not reflect illnesses so much as normal individual variation”.

se están utilizando con mucha frecuencia. La gente debe darse cuenta de que los medicamentos no son píldoras de la felicidad —que pueden tener efectos secundarios muy malos, incluyendo un deterioro cognitivo marcado—. Deben tomarse con mucho cuidado cuando no hay una razón clara para ello.

Cuesta encontrar razones claras para ello. Y no solo por lo difícil de la determinación de la presencia de un trastorno mental, sino, simplemente, por lo cuestionable de su utilidad. La gravedad y sinrazón del problema aumenta cuando se apunta que, para la mayoría de trastornos, no está demostrada la efectividad del tratamiento con psicofármacos. Es decir, la toma de este tipo de medicalización parece no tener un efecto positivo superior al del placebo en el tratamiento de muchos de estos problemas.

Esta ausencia de razones claras resulta suficientemente poderosa para Frances, que se opone decididamente a esta tendencia medicalizante de la psiquiatría, recurriendo a objeciones de tipo práctico relacionadas con su eficacia y seguridad (Frances, 2012b, en Phillips et al., 2012b: 13):

La mayoría de los beneficios de actuación percibidos que pueden obtener de la medicación psicotrópica aquellos que están medianamente enfermos o no enfermos en absoluto se deberá probablemente a un ilusorio efecto placebo —pero los efectos secundarios, el coste, el estigma y la pérdida de una atribución personal por el éxito serán bastante reales.

Frances hace referencia a que en los enfermos no graves o que se encuentran cerca de la supuesta frontera entre lo normal y lo patológico es más negativo el balance del consumo de psicofármacos y, pese a ello, son quienes más los consumen (Frances, 2014, 2016). Según explica, cuanto menos grave es el trastorno más se parece al placebo el efecto de los psicofármacos y más grande son los riesgos de su ingesta. Es decir, en la relación riesgo-beneficio que considera propia de todo tratamiento, Frances expone que a menor gravedad del trastorno menos beneficioso resulta el consumo de psicofármacos, mientras que los riesgos derivados de él se mantienen. Por ello, considera que, a diferencia de lo que sucede en la actualidad, la medicación debería ser el último recurso en el tratamiento de estos problemas no graves.

No existen tantas dificultades, sin embargo, a la hora de tratar de encontrar la razón de la amplia expansión del uso de psicofármacos a pesar de sus cuestionables efectos sobre la salud. Quienes se deciden a analizar este controvertido fenómeno coinciden en ubicar los intereses de la industria farmacéutica como la principal causa de esta expansión, bastante desproporcionada, a juzgar por sus resultados. El mismo Frances explica que, precisamente esos enfermos no graves constituyen el público objetivo más interesante para las farmacéuticas debido a que, además de representar a un porcentaje muy alto de la población, responden mejor al placebo (Frances, 2014, 2016). A continuación se puede leer un extracto de la entrevista previamente mencionada en la que el anterior director del Comité Directivo del DSM explica con crudeza las vicisitudes del sistema de tratamiento psiquiátrico actual:

El verdadero interés de las empresas farmacéuticas es centrarse en las personas que no necesitan medicamentos. Son los clientes perfectos para la industria farmacéutica. Al influir en los médicos de atención primaria han medicalizado la angustia de la vida cotidiana. En España muchas personas toman medicamentos como ansiolíticos, antidepresivos o antipsicóticos para afrontar los problemas de la vida cotidiana. Creo que si el ciudadano medio tiene dificultades en la vida —pierden el trabajo, tienen problemas financieros o problemas en el matrimonio, o pierden un ser querido— estos son parte de la experiencia humana y la medicación es probable que sea más perjudicial que útil. (...) Estamos tomando problemas educativos y problemas sociales y haciéndolos problemas médicos. Son problemas que deben ser tratados con soluciones educativas y sociales. En su lugar tenemos personas que dicen que eso es un trastorno mental y que hay que darles una pastilla. Las pastillas se usan en exceso en la sociedad. Para un ciudadano medio puede haber un beneficio a corto plazo, pero solo a corto plazo, y un riesgo a largo plazo. Las benzodiacepinas son fármacos muy malos. Los peores son los medicamentos analgésicos. En los Estados Unidos los analgésicos opioides están tras la muerte de diecinueve mil personas al año. Analgésicos recetados. Causan mucha adicción a opiáceos y a la heroína. Son las peores píldoras en el mundo.

En términos muy similares se expresa Néstor Braunstein (2013: 67) en relación al caso concreto de los antidepresivos. Haciendo referencia a un artículo

publicado por Antonuccio y David Healy (2012) explica que este tipo de medicamentos cuyo uso está muy extendido no tienen un éxito demostrado en el tratamiento de los trastornos para los cuales se diagnostican.

No está demostrado que sean superiores al placebo, que ofrezcan una relación riesgo/beneficio favorable y superior a los tratamientos alternativos, aumentan la ansiedad y la agitación así como las posibilidades de suicidios, interfieren con el funcionamiento sexual y favorecen el pasaje de la depresión a la cronicidad. (...) El nombre de antidepresivos interfiere con la posibilidad del paciente de dar un consentimiento informado a su prescripción. Que se les llame 'antidepresivos' es una acción propagandística (de marketing) que no está sustentada por datos científicos (cualquier cosa que eso signifique). El mencionado estudio no es una referencia aislada sino que estas conclusiones son aquellas a las que llegan la mayoría de los investigadores que no están comprometidos con la opulenta industria farmacéutica y su calculada generosidad." (Braunstein, 2013: 67)

En cuanto a las causas del extendido consumo de medicamentos para tratar trastornos sobre los que tienen una efectividad dudosa, Braunstein coincide en señalar a la industria farmacéutica, sus intereses, y su poderosa maquinaria. Denuncia, incluso, que la prescripción de unos u otros para cada trastorno depende más de la voluntad de esa industria que de las evidencias sobre su idoneidad.

Las drogas para tratar todos estos trastornos son unas veces éstas y otras veces aquellas y a veces funcionan y a veces (las más) no mejor que los placebos aunque ¿quién podría decirlo?, la prescripción depende de la propaganda de los laboratorios que pretende que su marca ® es 'específica' aunque la mayor parte de los 'medicamentos' son usados para toda clase de síndromes. Nada se sabe sobre cuál es mejor para qué y mucho menos hay estudios sobre las dosis recomendables para un trastorno en un sujeto singular o sobre la predecibilidad de los 'efectos secundarios'. Nadie pretende, tampoco, que esas drogas 'curen' nada; se reconoce que todas las sustancias tienen efectos mientras dure su presencia en el organismo y cualquier eventual alivio sintomático cesará cuando cese la administración. (Braunstein, 2013: 107)

Juan Medrano coincide en que los intereses de la industria farmacéutica contribuyen a explicar el cada vez mayor alcance de la medicalización, pero subraya que hay otros actores también beneficiados por este fenómeno (Medrano, 2014: 660).

Lo que parece evidente es que la creciente medicalización de la población es una realidad problemática y peligrosa, para cuya justificación la psiquiatría encuentra pocos argumentos convincentes. Más allá de las posibles causas o intereses en los que el fenómeno se sustente, la conjunción de sus escasos beneficios probados y sus evidentes riesgos parece suficiente como para cuestionar la dirección tomada por la psiquiatría en este sentido. Los falsos positivos, propios de la evidente inflación de diagnósticos y percibidos por muchos como un gran problema del sistema diagnóstico del DSM-5 (Wakefield y Frances, en Phillips et al., 2012a), cobran una mayor trascendencia en este contexto en el que pueden implicar la prescripción de tratamientos bastante peligrosos.

Que nadie se confunda: la crítica a la medicalización no es crítica a la medicina y sus innegables avances (...) La crítica apunta a la ideología subyacente al discurso médico, medicalizante, que se apunta en el conocimiento de las posibilidades del cuerpo humano y que pretende, en nombre de una cierta ganancia en cuanto a la duración de la vida y la prevención o control de las enfermedades, someter esa vida a los mandamientos de una empresa planetaria de regulación de todos los comportamientos instintivos y sociales, de las pulsiones y de sus destinos, desviando a los hombres y a las mujeres de las preguntas relacionadas con las circunstancias (sociales, políticas, culturales, jurídicas, económicas) en que sus vidas transcurren. (Braunstein, 2013: 41)

2.6.6 Normalización

Muchos han vislumbrado en estas tendencias de la psiquiatría, y del DSM como su herramienta de diagnóstico principal, un carácter normalizador. El aumento de diagnósticos positivos, el hecho de que cada vez más comportamientos sean categorizados como patológicos, ha contribuido sin duda a ello.

Ya se ha visto que Foucault hizo especial hincapié en la descripción del proceso de normalización, aludiendo a que esta estrategia sociopolítica pretende generar la sensación de que, por un lado, existe la anormalidad y, por otro, ésta puede y debe ser combatida hasta normalizarse (Bacarlett y Lechuga, 2009). En el caso concreto de la psiquiatría, del que también se ocupó el autor francés, aunque sin centrarse específicamente en el DSM, este proceso tendría que ver con la construcción de sujetos considerados anormales por su comportamiento que serían etiquetados como enfermos mentales mediante su diagnóstico, para después tratar de normalizarlos utilizando para ello los tratamientos de los que ya se ha hablado.

Nestor Braunstein, al que ya se ha citado en numerosas ocasiones, ha sido uno de los autores contemporáneos que con mayor profundidad y firmeza ha criticado este proceso. Desde que en 1975 publicara su obra *Psicología: Ideología y Ciencia* hasta la recientemente publicada *Clasificar en Psiquiatría* (2013), ha mostrado su oposición a un sistema psiquiátrico que, a su juicio, medicaliza a los anormales –en base a dudosos criterios de normalidad–, y al DSM como “reglamento de comportamientos y personalidades que autoriza el aislamiento de los indeseables” (Braunstein, 2013: 61)

La conformidad con ‘lo esperado’ según las normas de la cultura será sinónimo de salud; la impugnación, de enfermedad. Se trata de dos usos o dos realidades de ‘la norma’: por una parte, a) la norma que se opone a la irregularidad y el desorden –perteneciente, más bien, al campo del derecho; por otra parte, b) la norma como lo que se opone a lo patológico y lo mórbido convertido en ‘morbo’, que se inscribe en el campo de la medicina. La psiquiatría queda incluida en el espacio entre las dos normas y en cada una de ellas pone un pie que le sirve de apoyo. Por eso no necesita esas pruebas ‘objetivas’ de ‘enfermedad’ que se exigen en medicina general. El psiquiatra pasará a ser el funcionario de la norma (social, jurídica) (...). (Braunstein, 2013: 91-92)

Para Braunstein, la psiquiatría somete a los individuos a una correspondencia excesiva con las expectativas culturalmente aceptadas. Esa estrecha concepción de la normalidad provoca que los modos de vida, de relación con la sociedad, de desarrollo del carácter y la personalidad, queden más limitados de lo que a Braunstein la parece natural.

¿Qué es lo ausente? La comprensión de la vida de los seres humanos, de su experiencia, del lugar de los propios expertos dentro del dispositivo que los reúne y los arrebaña en el proceso global de medicalización de la vida. Más fundamental aún es la ausencia de discusión de los prejuicios implícitos en las pretendidas mediciones de normalidad y de apartamiento de las medias estadísticas y las estadísticas a medias. (Braunstein, 2013: 137)

Si bien es cierto que existe en las esferas más antipsiquiátricas una concepción foucaultiana de este fenómeno, no es la única forma en la que se ha interpretado la normalización promovida por el DSM. Otros, sin vislumbrar una estrategia, han reconocido esa tendencia en el DSM, en el que, a través de sus sucesivas ediciones, cada vez queda menor espacio para la normalidad, o lo que es lo mismo, para la salud. Es decir, el aumento de categorías y la reducción de los umbrales diagnósticos parecen reducir, cada vez más, la cantidad de comportamientos que son considerados como normales. Y eso, para algunos, se opone a la diversidad individual intrínseca a la naturaleza humana. De esta manera opinan, entre otros, Ben-Zeev y colaboradores, que critican la excesiva tendencia a patologizar comportamientos y el punto extremo hasta el que está dirigiéndose la normalización, en contra de la diversidad y la diferencia individual:

Nos gustaría que el lector considerase que junto con los potenciales beneficios de tratamiento que quizás se asocien a estos nuevos diagnósticos, está también el riesgo de patologizar lo que son esencialmente diferencias individuales y diversidad en el comportamiento humano. Mientras algunas etiquetas de diagnóstico ofrecen refugio, normalización, y un posible sentido de destino compartido y comunidad con otros que sufren de similares condiciones, no todas las desviaciones de la norma en términos de afecto, funcionamiento interpersonal, y afrontar la vida constituye un trastorno. (...) Introduciendo más y más diagnósticos, podemos estrechar lo que se considera el rango de "funcionamiento saludable" hasta el punto de que casi nadie o nadie satisfaga parámetros tan estrictos. (Ben Zeev et al., 2010: 324)

En este sentido, ya se ha podido comprobar cómo, a tenor de los criterios diagnósticos del DSM-5, prácticamente todos los seres humanos podríamos

ser diagnosticados de un trastorno mental a lo largo de nuestra vida (Paris, 2013). Por ello, se denuncia a menudo que este proceso de normalización perjudica a la manifestación de la subjetividad, de la diversidad propia de la especie humana. Resulta particularmente problemático el limitado lugar que queda para la expresión de las emociones, a pesar de que su peso sobre la conducta humana esté siendo cada vez más revalorizado.

Pero, además, se ha criticado también al manual por potenciar la normalización en otro sentido más, que no es otro que el cultural. Existe bastante consenso respecto a que la salud mental tiene un componente cultural, en relación a que los comportamientos encasillados en lo normal o en lo patológico varían en función de la cultura o la sociedad en la que se valoren. García Maldonado y colaboradores (2011: 376-377) consideran que, pese a que ha habido intentos y avances al respecto, el manual sigue sin dar cabida a las diferencias culturales propias de cada contexto y, por lo tanto, de tener suficientemente en cuenta la diversidad cultural.

Se puede decir que la psiquiatría en general, y el DSM-5 en particular, son criticados también por limitar en varios sentidos la diversidad humana y sus posibilidades de desarrollo, porque, como apuntan Echeburúa y colaboradores (2014: 71) “la tolerancia hacia comportamientos diferentes y hacia la diversidad cultural es importante”.

2.6.7 Estigmatización

El estigma que el diagnóstico de un trastorno mental genera es otro de los problemas asociados al DSM. Ben-Zeev y colaboradores analizan este problema en un artículo de 2010, en el que, para ilustrar el problema, hacen referencia a numerosos estudios realizados por otros autores y prestan, además, especial atención a cómo afectan los cambios que presentaba el borrador del DSM-5 a ese respecto. Los autores de artículo realizan una diferenciación entre el estigma público y el auto-estigma, si bien hacen referencia a que el primero es generalmente el causante del segundo (Ben-Zeev, Young y Corrigan, 2010).

El primero de ellos, el estigma público se construye a través de ciertos estereotipos y prejuicios que se asocian, en este caso, a las personas que tienen diagnosticado un trastorno mental. Según varios estudios presentados en este artículo, parece que las personas con un trastorno mental son vinculadas a rasgos como la violencia y la incompetencia y, además, suelen ser culpados y responsabilizados de tener el trastorno (Corrigan et al., 2000; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve y Pescosolido, 1999; vía Ben-Zeev et al., 2010). Como explican, numerosos estudios muestran que este tipo de prejuicios les perjudican gravemente tanto a la hora de obtener y mantener un empleo (Baldwin y Johnson, 2004; Link, 1987; Scheid, 2005; Stuart, 2006; Wahl, 1999 vía Ben-Zeev et al., 2010), como a la de que les alquilen un hogar (Aviram y Segal, 1973; Corrigan et al., 2003; Ozmen et al., 2004; Wahl, 1999, vía Ben-Zeev et al., 2010).

Por si esto no fuera poco, Ben-Zeev y colaboradores muestran también estudios que evidencian que el estigma hacia los enfermos mentales es mucho mayor que hacia el resto de enfermos (Corrigan et al., 2000; Weiner, Perry y Magnusson, 1988, vía Ben-Zeev et al., 2010), entre otras cosas, porque una vez que se establece el diagnóstico de un trastorno mental, el estigma de la sociedad hacia el individuo persiste aunque éste no presente síntomas (Link, 1987; Link, Cullen, Frank y Wozniak, 1987; Link et al., 1999; vía Ben-Zeev et al., 2010).

Resulta llamativo, a la vez que peligroso, otro resultado mostrado, que hace alusión a que una vez recibido el diagnóstico del trastorno mental, el estigma es habitualmente permanente, ya que se ha comprobado que la confianza de la sociedad en la superación de este tipo de enfermedades es menor que respecto a otras enfermedades (Corrigan et al., 2000; Weiner et al., 1988 vía Ben-Zeev et al., 2010).

Este estigma público repercute, según estos autores, sobre los individuos afectados que viven en las sociedades que lo poseen, generando un auto-estigma caracterizado por la pérdida de autoestima, auto-eficacia y confianza (Ben-Zeev et al., 2010), lo que resulta claramente perjudicial para la evolución de la enfermedad. También en este caso, el artículo presenta varios estudios que lo corroboran (Corrigan, Faber, Rashid y Leary, 1999; Corrigan, 1998,

2006; Rosenberg, 1965; Bandura, 1989; Holmes y River, 1998, vía Ben-Zeev et al., 2010).

En lo que se refiere concretamente a la relación del DSM-5 con la estigmatización, Ben-Zeev y colaboradores (2010) consideran que su sistema categorial contribuye a la estigmatización, y que la utilización de un sistema dimensional ayudaría a comprender la enfermedad mental como parte de un continuo con la normalidad y, en cierta medida, a reducir el estigma generado respecto a quienes la padecen. También hacen alusión a determinados nuevos trastornos que aparecieron en el borrador pero que finalmente se rechazaron – el síndrome de riesgo de psicosis y el trastorno neurocognitivo menor– valorándolos como peligrosos por su potencial para expandir el estigma hacia más individuos.

Parece evidente que el diagnóstico de un trastorno mental no resulta beneficioso en todos los aspectos para quien lo recibe y, mucho menos, si no tiene asegurado un tratamiento que vaya a beneficiarle. Y, desgraciadamente, se ha visto que, en muchos casos, parece más probable obtener el estigma que el tratamiento eficaz. Por ello, el aumento del número de diagnósticos positivos es mucho más peligroso si cabe y habría que valorar, con mucho cuidado, la conveniencia de crear nuevas categorías que no tengan un tratamiento eficaz probado o, incluso, la de mantener las categorías ya establecidas que no lo tienen y sus umbrales. Como apuntan Ben Zeev y colaboradores (2010: 318), “el estigma asociado con la enfermedad mental ha mostrado tener efectos devastadores sobre las vidas de la gente con trastornos psiquiátricos, sus familias, y aquellos que se preocupan por ellos”.

2.6.8 Validez

La validez diagnóstica, como explica Steven E. Hyman, “significa que un diagnóstico recoge una ‘clase natural’ basado en la etiología o la patofisiología” (2010: 158). Esto no parece suceder en muchas categorías diagnósticas del DSM y, por ello, suele destacarse como un aspecto controvertido más del manual.

El propio Hyman, profundizando más en la cuestión, hace referencia a una obra de Robins y Guze (1970) en la que se propone un método para desarrollar categorías válidas. Así, explica que para obtener un diagnóstico válido es necesaria la observación en cinco dominios: “(a) descripción clínica, (b) estudios de laboratorio, (c) delineación de un trastorno de otro, (d) estudios de seguimiento (p. ej., observar la estabilidad diagnóstica a través del tiempo), y (e) estudios de familia” (Hyman, 2010: 162-163). Según Hyman, estos autores consideraban que a través de la observación en esos dominios se pueden determinar definiciones de trastorno válidas.

A juicio de Hyman este objetivo no se había conseguido en muchos casos del DSM-IV. Como se verá, por lo que parece, tampoco se ha conseguido satisfacer el criterio de validez en muchos categorías de diagnóstico del DSM-5 en cuya creación él tomó parte.

Nassir Ghaemi, profesor de psiquiatría del Tufts Medical Center de Boston que también imparte clases en la Harvard Medical School y en el Cambridge Health Alliance, es bastante crítico en relación a este aspecto del DSM-5. Este psiquiatra, con bastante bagaje en el análisis del DSM, postula en un artículo publicado tras la aprobación del DSM-5 que, “de los en torno a 400 diagnósticos, escasamente de dos docenas puede decirse que han sido estudiadas en notable detalle en cuanto a la validez nosológica –lo que significa que son identificables únicamente basándose en síntomas, curso, historia familiar, y marcadores biológicos o efectos de tratamiento” y que, “en esas dos docenas de casos, numerosos aspectos de definición están científicamente infundados, o incluso claramente refutados” (Ghaemi, 2013).

La British Psychological Society, en su ya mencionada carta de rechazo al borrador del DSM-5 (BPS, 2011), también utiliza este criterio o, mejor dicho, su ausencia, para justificar su rechazo hacia el manual. En los “comentarios generales” explican que:

Los supuestos diagnósticos presentados en el DSM-V están claramente basados en su gran mayoría en normas sociales, con ‘síntomas’ que dependen todos de juicios subjetivos, con pocos ‘signos’ físicos confirmatorios o evidencias de causación biológica. Los criterios no están exentos de valores, sino que reflejan las expectativas sociales normativas

actuales. Muchos investigadores han señalado que los diagnósticos psiquiátricos están plagados de problemas de fiabilidad, validez, valor pronóstico, y comorbilidad (BPS, 2011: 2).

Además, la Sociedad destaca la naturaleza especialmente problemática de los trastornos de la personalidad y la psicosis en lo que a su validez se refiere, para después entrar a analizar específicamente el resto de categorías propuestas en el borrador. En lo que a validez se refiere, muestran su preocupación y dudas en relación a las siguientes categorías (BPS, 2011):

- Scientific validity and utility.
- Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
- Other Specified Attention Deficit/Hiperactivity Disorder
- Schizophrenia.
- Schizotypal Personality Disorder.
- Schizophreniform Disorder.
- Brief Psychotic Disorder.
- Delusional disorder.
- Schizoaffective Disorder.
- Substance-Induced Psychotic Disorder.
- Depressive Disorders.
- Disruptive Mood Dysregulation Disorder.
- Chronic Depressive Disorder.

2.6.9 Conflictos de interés

Ya se ha podido comprobar que muchos críticos de la psiquiatría, y del DSM por extensión, intuyen que muchos de estos problemas, para algunos deliberados, pueden responder a los intereses de la industria farmacéutica. Como se ha visto, son numerosas las críticas dirigidas al manual por favorecer la medicalización y, consecuentemente, el negocio farmacéutico, pero las suspicacias aumentan al comprobar el conflicto de intereses existente entre los responsables de elaborar el manual.

En el caso del DSM-5, se ha comprobado que el 69% del Comité Directivo tiene intereses en la industria farmacéutica (Cosgrove y Krinsky, 2012). Este hecho supone un aumento importante respecto al DSM-IV en el que el

porcentaje era del 57%. Además, Cosgrove y Krinsky (2012) señalan que tres cuartas partes de los grupos de trabajo están compuestos por una mayoría de miembros con intereses en la industria farmacéutica. También subrayan que, al igual que sucedía en el DSM-IV:

los paneles con mayor conflicto son aquellos para los que el tratamiento psicofarmacológico es la intervención de primera elección. Por ejemplo, 67% (N=12) del panel para los trastornos del estado de ánimo, 83% (N=12) del panel para los trastornos psicóticos, y 100% (N=7) del de los trastornos del sueño/vigilia (que ahora incluyen el "síndrome de piernas inquietas") tienen intereses con compañías farmacéuticas que producen la medicación usada para tratar estos trastornos o con compañías que sirven a la industria farmacéutica. (Cosgrove y Krinsky, 2012)

Viendo los datos mostrados en ese artículo, también llama la atención que el grupo de trabajo con un menor porcentaje de miembros con intereses en la industria farmacéutica, el de los trastornos de la personalidad (con un 27%), se corresponde con la categoría para la que más seriamente se planteó la posibilidad de adoptar un enfoque dimensional. Propuesta que apareció en el borrador pero que, como se ha comprobado, finalmente fue marginada.

Braunstein (2013) no se muestra sorprendido con esos datos, aunque sí indignado, y expone que, pese a las medidas tomadas, sigue habiendo lugar para que se mantengan este tipo de conflictos de intereses:

Nadie se extrañó cuando se supo que los miembros del grupo de trabajo de la APA tenían intereses e inversiones en las compañías farmacéuticas. Fue entonces cuando pactaron que debían mantener un secreto absoluto sobre sus deliberaciones y que no podían recibir de los laboratorios de especialidades más de 10 000 dólares por año ni podían tener más de 50 000 dólares en acciones. Esas restricciones operan mientras dure su participación en la elaboración del manual. ¿Y después? ¿Qué sucede con la llamada "inside information" y la posibilidad de intervención de familiares, testaferros, etc.? ¿Puede alguien confiar en la apelación a la "cientificidad" de un documento que tiene esos vicios de confección? La elaboración del código ha tomado como prioridad lo que conviene a los

miembros de la corporación y del dispositivo psi⁶⁴, incluyendo a las industrias que subvencionan la "investigación", sostienen con sus anuncios a las publicaciones especializadas y disponen de un lobi de presión que función a dentro y fuera de la asociación psiquiátrica. (2013: 109)

Allen Frances, que ha vivido desde el interior las vicisitudes de este sistema, vincula el aumento de diagnósticos y de prescripciones farmacológicas con los intereses de la industria farmacéutica y los médicos.

En 20 años se ha triplicado el diagnóstico de síndrome de déficit de atención (ADD), multiplicado por 20 el de 'trastornos autísticos infantiles' y por 40 el de 'trastorno bipolar infantil', todo lo cual ha hecho multiplicar en la misma proporción la prescripción de sustancias estimulantes y la fármaco-dependencia de millares de chicos indefensos ante la agresividad de los intereses en colusión de los médicos y las compañías farmacéuticas. (Frances, 2012c; vía Braunstein, 2013)

Más allá de en la confección del DSM, Frances también ha hablado sobre la presión que ejercen estas compañías sobre los médicos de atención primaria que son normalmente los encargados de tratar a los pacientes.

El ochenta por ciento de la medicación psiquiátrica en los EE. UU. es recetada por los médicos de atención primaria. Tienen muy poca formación en psicoterapia, muy poco tiempo y están muy influenciados por las compañías farmacéuticas. Están demasiado motivados para conseguir que el paciente se vaya de la consulta. (Frances, 2016)

Que alguien que ha vivido durante tantos años dentro de ese entramado hable con tal seguridad y crudeza del funcionamiento de la psiquiatría y del poder que las farmacéuticas tienen sobre él, resulta bastante significativo. A la luz de todas estas impresiones, parece que el conflicto de intereses y la vinculación excesiva a la industria farmacéutica es otro problema real tanto de la psiquiatría como del DSM, incluida su última edición.

⁶⁴ El propio Braunstein define el dispositivo psi como : "un conjunto definitivamente heterógeno que incluye discursos, instituciones, configuraciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filántropicas. En resumen: cosas dichas tanto como no dichas; éstos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos." (2013: 46)

2.6.10 Internamientos (y tratamientos) involuntarios

Los internamientos involuntarios de pacientes y la presión a la que se les somete para que acepten su tratamiento también es objeto de debate en el ámbito de la crítica a la psiquiatría. Este fenómeno, al que también se hace referencia como “internamientos forzados” –en inglés *compulsory commitments*– es bastante común a tenor de algunos datos a los que hace referencia Braunstein. Según los datos citados por este autor argentino, dos terceras partes de los internamientos de Inglaterra son de este tipo. (Braunstein, 2013: 51)

Estos pacientes internos, reciben presiones para ser tratados, por lo que a menudo se pueden encontrar situaciones en las que personas que no consideran tener un problema de salud mental acaban siendo medicadas con medicamentos cuya efectividad no está probada.

Aunque los pacientes internados de manera involuntaria tienen teóricamente el derecho legal de rehusar la intervención médica, el que rehúsen tomar medicamentos o participar en otros tratamientos es registrado por el equipo tratante y las decisiones de los tribunales se inclinan fuertemente a respaldar el dictamen técnico del personal del hospital, dando poco lugar y poco peso a las manifestaciones del paciente en esas audiencias. (Braunstein, 2013: 53).

2.6.11 Trastornos de la personalidad

Si hubiera que hablar de una categoría de diagnóstico controvertida dentro del DSM-5, probablemente, los trastornos de la personalidad serían los más señalados. Su prevalencia del 10% o más entre el total de la población (Paris, 2013), el hecho de que el 30% de los sujetos diagnosticados de algún trastorno mental tienen al menos un diagnóstico de este tipo, y su tasa de comorbilidad especialmente elevada serían motivos suficientes como para considerarlos como un destacado objeto de debate.

Su naturaleza particular y bastante diferenciada de la del resto de las categorías la convierte en una categoría diagnóstica más controvertida aún. Muchos son los autores que tradicionalmente se han referido a ellos como

trastornos morales por su nulo componente anatomopatológico. Además, aunque suelen ser tratados con psicoterapia y con psicofármacos que únicamente limitan sus síntomas –junto con la mayoría de respuestas emocionales del sujeto–, se reconoce que no existe tratamiento alguno que se haya podido mostrar eficaz para combatirlos.

Néstor Braunstein es uno de los que comparte esta opinión de que, por su naturaleza eminentemente subjetiva, los trastornos de la personalidad son la categoría más controvertida de las que se incluyen en el manual: (2013: 73)

personality disorders que son ‘desórdenes’, un término técnico ‘útil’ para designar las variaciones humanas en la manera de ser y de ordenarse con respecto a la vida social, el más discutible e inquietante de todos los ítems diagnósticos incluidos en la clasificación.

También la BPS los señala en su carta como “particularmente problemáticos debido a que no están adecuadamente tipificados en la población general, donde las encuestas comunitarias reportan regularmente una mucho mayor prevalencia de la que se esperaría” (2011:2). Además, subrayan que los diagnósticos del tipo “no especificado de otra forma” ascienden al 30% del total de la categoría, lo que supone una tasa demasiado elevada. Más avanzada la carta, en el análisis específico de cada categoría, esto es lo que la BPS dice en relación a los trastornos de la personalidad:

La Sociedad tiene varias preocupaciones en esta área.

Mientras un modelo híbrido dimensional-categorial para la evaluación y diagnóstico de la personalidad y los trastornos de la personalidad podría ser bienvenido, poco de esto es visible.

Como se dice en nuestros comentarios generales, estamos preocupados porque los clientes y el público general se ven negativamente afectados por la continua y continuada medicalización de sus respuestas naturales y normales a sus experiencias; respuestas que indudablemente tienen consecuencias angustiantes que demandan respuestas de ayuda, pero que no reflejan tanto enfermedades como la variación individual normal.

Creemos que al clasificar estos problemas como ‘enfermedades’ se pierde el contexto relacional de los problemas y la innegable causación

social de muchos de esos problemas. Para los psicólogos, nuestro bienestar y salud mental surge de nuestros marcos de comprensión del mundo, marcos que son en sí mismo producto de las experiencias y aprendizaje durante nuestras vidas.

Estamos particularmente preocupados porque el sistema propone diagnosticar trastornos mentales en un grado de “un montón” en los dominios de los rasgos de la personalidad. (BPS, 2011: 24)

James Phillips, profesor clínico de psiquiatría en la Yale School of Medicine utiliza el caso concreto del trastorno de la personalidad límite (*Borderline Personality Disorder*) como ejemplo de categoría con infinidad de problemas de validez que sigue manteniéndose en el manual.

El trastorno límite de la personalidad (ahora tipo límite) está siendo retenido presumiblemente porque descriptivamente cubre gran parte de la montaña sintomática no cubierta de otra forma; pero con sus conocidos problemas –presentación heterogénea, comorbilidad excesiva, ausencia de fundamento genético o patofisiológico– probablemente colapsará y será destrozado finalmente por falta de validadores reales, p. ej. insuficientes validadores en común con otros miembros de la familia DSM. (Phillips et al., 2012a: 17)

En la última parte del presente trabajo se prestará especial atención a este tipo de trastornos y se analizarán en mayor profundidad sus fundamentos.

2.7 Recapitulación

En el primer apartado de este segundo capítulo (2.1) se ha presentado el DSM, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales elaborado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), y se ha comprobado su relevancia dentro del ámbito académico y clínico. Posteriormente, se ha realizado un breve repaso histórico a través de sus sucesivas ediciones, con el que se ha podido verificar que se trata de un producto de naturaleza sociocultural (2.2). Se ha visto que este manual ha ido cambiando junto con su contexto y que estos cambios no siempre han respondido a avances en el conocimiento científico sino que, en muchos casos, han sido causados por factores de tipo ideológico o político.

De esta manera se ha llegado hasta la edición actual, el DSM-5. El tercer apartado (2.3) se ha dedicado a presentar esta última edición y su proceso de elaboración y también se han analizado las modificaciones más significativas que se han introducido en ella. En este sentido, se ha comprobado que continúa con la estrategia iniciada en la tercera edición del manual y que se mantiene el enfoque bioquímico y categorial.

En relación con esta última cuestión, en el cuarto apartado de este capítulo (2.4) se han analizado diversas propuestas de autores pertenecientes al ámbito de la psiquiatría que han tratado de definir un criterio en base al que separar los comportamientos normales de los patológicos. Así, se ha comprobado la dificultad que ha tenido tradicionalmente la psiquiatría para diferenciar en base a un criterio válido los comportamientos patológicos sobre los que ha actuado.

En el quinto apartado (2.5), mediante un análisis de las diferentes definiciones de trastorno mental presentadas en las sucesivas ediciones del DSM, se ha comprobado que esta dificultad también se ha visto reflejada en el manual. Este manual, actualmente, sigue reconociendo la imposibilidad de establecer una definición válida y opta por mantener el problemático criterio de “disfunción”.

Este problema está vinculado estrechamente con el contenido del sexto apartado. Este último apartado del presente capítulo (2.6) se ha dedicado a analizar los problemas más relevantes que se asocian a la psiquiatría actual y a su modo de proceder y que, como se ha comprobado, la sitúan como una actividad muy cuestionada y criticada.

3. La autonomía en la psiquiatría y el DSM-5

En el capítulo anterior se ha comprobado que el establecimiento de una frontera clara entre los comportamientos normales y los patológicos se ha convertido en uno de los retos más importantes de la psiquiatría. Este reto, presente de una u otra manera desde los inicios de esta actividad, se mantiene vigente en la actualidad y se ve reflejado de manera muy significativa en el DSM.

La imposibilidad de encontrar una definición adecuada del trastorno mental ha provocado que se mantenga en el manual una definición fundamentada sobre el problemático concepto de disfunción. El manual diagnóstico y estadístico más relevante de la psiquiatría, que se autodefine como actividad científica y abierta a los avances del conocimiento en neurociencias, se basa en una concepción de los trastornos mentales que va en contra de lo que el conocimiento científico parece mostrar. Así, se mantiene y promueve una concepción de los trastornos mentales incoherente con el estado de conocimiento actual.

Por lo visto hasta ahora, las razones de esta permanencia parecen responder a aspectos valorativos o sociopolíticos que la utilización de una definición aparentemente naturalista pretende ocultar. Definir los trastornos mentales en los términos ya analizados permite a la psiquiatría mantener un estatus dentro de la medicina que podría verse cuestionado si la definición se fundamentara en conceptos explícitamente valorativos.

Otro de los modos en los que ha podido perpetrarse esta estrategia, además de mediante la definición, es a través del uso que se hace del concepto de autonomía, basado a su vez en una comprensión determinada de la identidad humana. En el primer capítulo de este trabajo se ha presentado el que es considerado como el concepto estándar de autonomía en ética médica,

y algunos problemas que se le asocian. Del mismo modo, se ha comprobado que la bioética, la neurociencia y las ciencias cognitivas parecen encontrar el consenso a la hora de determinar que se trata de un concepto incoherente con lo que se cree saber de la naturaleza humana.

En este apartado, se pretende analizar de qué manera se comprende la capacidad humana para la autonomía en la psiquiatría y en la última edición del DSM, en un intento por comprobar si esa comprensión es coherente con lo visto en el primer capítulo. El uso de un concepto de identidad y autonomía inadecuado e incoherente con el estado del conocimiento actual podría responder también, como en el caso de la definición, a esa estrategia de vestir de naturalismo y científicidad fundamentos de carácter valorativo, social o cultural.

3.1 Sobre la autonomía en la psiquiatría actual

Como se ha avanzado, este apartado pretende elucidar el modo en que se entiende la autonomía en el ámbito de la psiquiatría actual, especialmente en la última edición del DSM, y la relación que ese concepto mantiene con los trastornos mentales que dicho manual clasifica. ¿Por qué considero importante elucidar estas cuestiones?, ¿por qué me parece relevante el concepto de autonomía y su conceptualización para la psiquiatría? A continuación, se trata de dar una explicación a este respecto, con el objeto de argumentar de manera sólida este punto de vista y evidenciar el vínculo entre autonomía y psiquiatría.

La conceptualización de la autonomía es relevante para la psiquiatría por diversos motivos. Por un lado, la autonomía es uno de los ejes configuradores de la relación entre psiquiatra y paciente, por lo que, el modo en que ésta se comprenda condicionará la evaluación que el profesional haga de la de la capacidad del paciente, determinando la naturaleza de la relación a partir de ese momento. Por otro, el estrecho vínculo existente entre los trastornos mentales y la autonomía del individuo hace que, según cómo se entienda ésta, pueda variar la naturaleza de la relación y, además, el umbral diagnóstico de algunos de los trastornos mentales.

Las implicaciones derivadas de pequeñas variaciones en esa concepción pueden ser, por lo tanto, de una trascendencia enorme. Además, una comprensión certera de la naturaleza de la relación entre la autonomía y algunos trastornos mentales puede resultar de gran ayuda a la hora de determinar las opciones terapéuticas de mayor eficacia y utilidad.

3.1.1 La autonomía en la relación psiquiatra-paciente: acerca del consentimiento informado y la capacidad para decidir

Una de las tareas del psiquiatra en la relación con su paciente es potenciar y evaluar la capacidad para la autonomía de éste. Esta evaluación marcará el proceso de relación entre ambos y tendrá influencia no solo el diagnóstico, sino también en el valor que se dará a la opinión del sujeto a partir de ese momento.

Pero, ¿qué entienden las y los psiquiatras por autonomía? Lo primero que hay que señalar en este sentido es que, pese a la centralidad del concepto, no existe una definición consensuada o establecida del mismo. El problema comprobado en la bioética se traslada también a esta área de actividad concreta. Ni siquiera el manual de mayor repercusión en el ámbito de la psiquiatría clínica y académica, el DSM, ofrece una definición de autonomía – pese a que hace uso del concepto en algunas ocasiones. Como se verá más adelante (apartado 3.2), pueden dibujarse ciertos rasgos en base al análisis contextual de su uso en el manual, pero la ausencia de esa definición puede considerarse como un vacío relevante.

Del mismo modo que en el resto de especialidades médicas, la autonomía se introduce en el contexto psiquiátrico a través del consentimiento informado, por lo que, podría decirse, que la autonomía en psiquiatría se corresponde con el cumplimiento de las condiciones que exige el consentimiento informado. Sin embargo, como se verá, esto lejos de solventar el problema, lo traslada, ya que algunas de esas condiciones tampoco se encuentran claramente definidas, por lo que la evaluación de su cumplimiento resulta igualmente complicada.

La inexistencia de esa definición da lugar a la posibilidad de que cada psiquiatra actúe y decida en base a su comprensión particular del fenómeno de la autonomía, con los riesgos que eso implica. Como señalan Tunzi y

colaboradores (2014: 3) “el conflicto en esos casos es que diferentes médicos doctores a veces interpretan ese pensamiento con estándares diferentes”.

Un mismo paciente puede ser evaluado con un resultado diferente por parte de dos psiquiatras diferentes. Es decir, la capacidad de decisión de un sujeto en su relación con su psiquiatra varía en función de la forma particular en que ese profesional en concreto entienda la autonomía y, así, ese sujeto puede tener la potestad de rechazar un tratamiento si se relaciona con un psiquiatra y perderla si lo hace con otro.

Diana Restrepo y colaboradores (2012) hacen referencia a un estudio clínico que evidencia este problema, en el que “cinco médicos revisaron videograbaciones que evaluaban la capacidad para decidir de los pacientes y la concordancia diagnóstica de estos médicos no fue mejor que el azar” (Restrepo, Cardeño, Duque y Jaramillo, 2012: 396). El hecho de que no exista un estándar, o una comprensión consensuada o unificada de lo que debería entenderse por autonomía en este contexto, es un serio inconveniente.

3.1.1.1 La autonomía a través del consentimiento informado

Pese a que, de este modo, pueden existir tantas formas de entender la autonomía como profesionales, se van a intentar presentar algunas de las propuestas de mayor relevancia para tratar de esclarecer cómo se entiende de manera general la autonomía en el contexto de esta relación entre psiquiatra y paciente. En la primera parte de este trabajo ya se ha intentado elucidar la concepción de autonomía predominante en bioética, y se ha llegado a la conclusión de que el concepto predominante responde a tres condiciones: (1) debe representar un deseo de orden superior, (2) resultante de una deliberación racional y (3) con ausencia de influencias externas inconscientes.

La introducción de este concepto en la relación asistencial, y también en la psiquiatría, se ha dado a través del consentimiento informado. Por ello, cabe esperar que, en la práctica, esta herramienta responda y pretenda asegurar las condiciones consideradas necesarias para la presencia de la autonomía. Es decir, si la autonomía es considerada como un fenómeno que se da con la presencia de ciertas condiciones, parece lógico que el consentimiento

informado, como herramienta orientada a asegurar la presencia de la autonomía del paciente en la relación asistencial, esté construido con el objetivo de promover esas condiciones.

En el contexto español, el consentimiento informado está regulado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LBAP), y en ella se define el consentimiento como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”⁶⁵. De modo que, en el consentimiento informado se consideran como requisitos o condiciones para la autonomía los siguientes elementos: que la decisión sea libre, voluntaria y consciente, estar en pleno uso de las facultades y disponer de la información adecuada.

Las primeras condiciones (libertad, voluntariedad y consciencia) reflejan con bastante fidelidad la concepción estándar previamente presentada y a ellas se les añaden dos más, que también guardan una estrecha relación con ella – y, en cierto modo, pueden verse incluidas en ella. La información, con la que se hace explícita la obligación del profesional de proveer de información adecuada y de calidad al paciente, y sin la que difícilmente se cumpliría el requisito de que la conformidad fuera consciente; y, el pleno uso de las facultades, que puede igualarse al disfrute de capacidad mental, y sin la cual también resultaría complicado que se satisficieran los requisitos anteriores. Es decir, estas dos condiciones añadidas, básicamente, hacen más explícitos los requerimientos para que se cumplan las condiciones de la concepción estándar pero, de algún modo, ya están incluidas de manera implícita en ella. El cumplimiento de las condiciones de la concepción estándar, implica necesariamente la presencia de estas dos, del mismo modo que para que se cumplan éstas, es indispensable el cumplimiento de las anteriores.

⁶⁵ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, Núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, p. 40126-40132.

Quizás por ello, Pablo Simón, un contrastado especialista en la materia, resume que, en el contexto médico, la presencia de la autonomía requiere el cumplimiento de tres condiciones por parte del sujeto (2008: 327):

1. Actuar voluntariamente, es decir libre de coacciones externas
2. Tener información suficiente sobre la decisión que va a tomar, es decir, sobre el objetivo de la decisión, sus riesgos, beneficios y alternativas posibles.
3. Tener capacidad, esto es, poseer una serie de aptitudes psicológicas – cognitivas, volitivas y afectivas– que le permiten conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla.

José Antonio Seoane coincide con la opinión de Simón, y considera que la información, la voluntariedad y la capacidad son los tres requisitos necesarios para poder hablar de un paciente autónomo (2013). También Jorge Ortiz (2009: 18) explica que “una decisión en salud es considerada autónoma cuando cumple las condiciones básicas de Información, Voluntariedad y Capacidad” y no duda en afirmar que, para todos los médicos, es precisamente esa última condición la más difícil de evaluar. Además de por su complejidad, Ortiz considera que la capacidad es la condición clave porque es “la que define y determina si se pueden aplicar las dos restantes” (Ortiz, 2009: 19).

Lo mismo opina Simón, que considera que la evaluación de la capacidad es una tarea pendiente, no solo en España, sino incluso en el ámbito anglosajón, donde llevan décadas trabajando en ella (Simón, 2008).

3.1.1.2 El concepto de capacidad: una condición difícil de definir y evaluar

La condición indispensable para que la evaluación sea correcta es que el objeto a evaluar esté definido clara y rigurosamente. La OMS, mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define la capacidad como “la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción” (OMS, 2001: 16). Esta definición, unida a los rasgos que acabamos de considerar, hace que pueda decirse que la capacidad, en el contexto que se trata en este trabajo, podría igualarse con la “habilidad para participar en el proceso de consentimiento informado” (Tunzi y Spike, 2014: 3).

Restrepo y colaboradores apuestan por la concepción de capacidad de Dunn y colaboradores (2006) quienes consideran que son cuatro elementos los que determinan la capacidad para decidir del individuo: “1) comprensión de la información relevante para la decisión, 2) usar esa información con el fin de analizar su propia situación, 3) usar la información de forma razonable y 4) expresar la decisión” (Dunn, Nowrangi, Palmer, Jeste y Saks, 2006, vía Restrepo et al., 2012: 398). Es decir, estos autores, desglosan esa habilidad en diversas tareas que son necesarias durante el proceso de relación entre el médico y el paciente.

Como ya se ha visto, Pablo Simón iguala la capacidad con la posesión de “una serie de aptitudes psicológicas –cognitivas, volitivas y afectivas– que le permiten conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla” (2008: 327). De modo que la definición de Simón conjuga las dos anteriores –OMS (2001) y Dunn et y colaboradores (2006)– al hacer referencia a las aptitudes psicológicas necesarias para la participación en el proceso de consentimiento informado y, además, especificar en qué tareas se aplican éstas.

Una cuestión problemática en relación al concepto de capacidad es su diferenciación de éste respecto al concepto de competencia⁶⁶. En este sentido, Jorge Ortiz señala que “aunque muchos autores utilizan como sinónimos los términos capacidad y competencia, otros prefieren la utilización del segundo como aptitud para ejercer un derecho y el primero como aptitud para realizar determinada acción” (Ortiz, 2009: 19). Tunzi y Spike (2014) esclarecen diferencias significativas entre ambos conceptos, ya que aseguran que, a diferencia de la competencia, una determinación legal establecida por los tribunales, la capacidad de toma de decisión médica es una determinación legal evaluada por el médico que atiende a un paciente individual” (Tunzi y Spike, 2014: 2).

Otra diferencia relevante que señalan es su carácter temporal (Tunzi y Spike, 2014), ya que la capacidad de un individuo puede variar en el tiempo en

⁶⁶ En este trabajo, con el término capacidad se hace referencia al término anglosajón “capacity” y con competencia al término “competency”. Simón (2008:328) explica la problemática derivada de la traducción de esos términos, y la razón por la que decide quedarse con el término “capacidad” para hacer referencia a “capacity” y dejar de lado el de “competencia”.

base a diferentes factores y, por ello, debe ser evaluada en momentos diversos, dándole cierto seguimiento a la valoración y asegurándose de que el resultado de ésta se corresponde con el del momento de la decisión. No se debe etiquetar a un sujeto como capaz o incapaz y mantener esa valoración en el tiempo sin someterlo a una nueva evaluación. El estado de capacidad del individuo puede haber sufrido alteraciones desde esa evaluación previa y, en el peor de los casos, se estaría arrebatando el derecho a decidir a un sujeto capacitado para ello.

Una vez realizada esta necesaria aproximación al concepto de capacidad, llega el momento de conocer cómo se lleva a cabo su evaluación. Probablemente, la capacidad sea la condición para la autonomía –y para el consentimiento informado– de mayor relevancia y, con toda seguridad, la más problemática y difícilmente evaluable. Su relevancia se constata al comprobar la subordinación a ella de las otras dos condiciones, la información y la voluntariedad, además de su carácter restrictivo, su rol en la determinación de quién puede participar en el proceso de consentimiento informado, de quién puede aspirar a ser autónomo. Y la dificultad para evaluarla se verifica con el hecho ya mencionado de que, tras décadas de investigación, aún no se ha conseguido diseñar una herramienta que haya podido imponerse por su validez. La conjunción de estas dos características provoca que la confección del proceso y las herramientas adecuadas para una evaluación válida y fiable de la autonomía sean una tarea tan compleja como necesaria.

A priori, se suele considerar que los pacientes adultos tienen esa capacidad para tomar decisiones médicas y, por ello, esta consideración suele realizarse de manera rutinaria salvo que el médico perciba la presencia de ciertas condiciones que puedan amenazarla y decidan por ello examinarla más exhaustivamente (Tunzi y Spike, 2014). Entre las condiciones que pueden afectar esa capacidad se encuentran las alteraciones cognitivas, y los síntomas psiquiátricos y factores situacionales que pueden tener que ver con la calidad de la información y de su comunicación (Restrepo et al., 2012: 398). También el rechazo a “estándares de cuidado comúnmente aceptados” suele considerarse una invitación a una evaluación más exhaustiva (Tunzi y Spike, 2014: 2).

Existen al menos cuatro situaciones en las que al médico deberían disparársele las alarmas ante la posibilidad de que su paciente sea incapaz: 1. El paciente ha tenido un cambio brusco en su estado mental habitual. Estos cambios pueden deberse a problemas psiquiátricos o a alteraciones físicas como hipoxia, infecciones, medicaciones, trastornos metabólicos, etc. 2. El paciente rechaza un tratamiento que está claramente indicado en su caso y no consigue argumentar los motivos con claridad o se basan en ideas y presupuestos excesivamente irracionales. 3. El paciente acepta con facilidad que se le realicen procedimientos muy invasivos, molestos o peligrosos, aparentemente sin ponderar riesgos ni beneficios. 4. El paciente tiene un trastorno neurológico o psiquiátrico de base, previamente conocido, que puede producirle estados transitorios de incapacidad. (Simón, 2008: 331)

Como se intuirá, en psiquiatría la evaluación de la capacidad mental cobra un mayor protagonismo, y son muchas más las situaciones en las que el profesional debe examinarla con rigurosidad, en comparación con lo que sucede en otras áreas de la medicina. La capacidad se convierte por lo tanto en un elemento de gran importancia dentro de la evaluación de la autonomía del paciente.

Pese a que existen diferentes herramientas para evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones, lo cierto es que ninguna de ellas goza de un estatus dominante, ni mucho menos de oficialidad. Por lo que, al problema de que cada psiquiatra puede tener una concepción diferente de la autonomía está muy relacionado con el hecho de que cada cual también puede tener una idea diferente de lo que es la capacidad y utilizar una herramienta diferente para evaluarla.

En cuanto a esto último, Restrepo y colaboradores hacen referencia a un artículo de 2006 en el que Dunn y colaboradores (2006) recogieron veintitrés instrumentos o herramientas para la evaluación de la capacidad de decisión de los pacientes y concluyeron “que todos tenían serias limitaciones metodológicas con diferencias sustanciales en el formato, el grado de estandarización y el lenguaje que no permitía generalizar su uso a diferentes contextos” (Restrepo et al., 2012:400).

Jorge Ortiz apunta en esa misma dirección y asegura que existen aún deficiencias significativas en torno a los criterios e instrumentos de evaluación de la capacidad:

Es un hecho concreto que aún no existen criterios bien definidos sobre qué habilidades y aptitudes evaluar en un paciente; qué grado de suficiencia o capacidad considerar como adecuado; así como un instrumento para determinarla que sea universal y que permita medir a todos los evaluados por igual. (2009: 19-20)

Debido a esta ausencia de un instrumento de evaluación válido y generalizable, según el mismo autor, la evaluación de esta capacidad suele realizarse de manera subjetiva en el ámbito sanitario (2009). Obviamente, este hecho representa un obstáculo importante y, por ello, hace ya bastantes décadas que se vienen realizando intentos para solventarlo. Estos intentos comenzaron a proliferar en los primeros años de la década de los 80 en la psiquiatría del mundo anglosajón –y bastante más tarde en España.

Simón (2008) explica de manera interesante ese desarrollo y cómo, pese a todo, el resultado probablemente más útil y relevante es la herramienta *Mac-CAT-T (MacArthur Competence Assessment Tool)* elaborada por Paul S. Applebaum y Thomas Grisso en 1988. Este recurso que utiliza los criterios ya definidos en 1982 por el propio Applebaum y Lorenz H. Roth (1982) – comprensión, apreciación, razonamiento y elección– es la herramienta de evaluación clínica de la capacidad más utilizada aún en la actualidad.

Según esta herramienta, la capacidad para tomar decisiones médicas requiere de cuatro condiciones o capacidades: 1) capacidad para comprender la información acerca de la condición propia; 2) capacidad para apreciar cómo se aplica específicamente esa información a la situación propia; 3) capacidad para razonar con esa información, valorando los beneficios y cargas de las opciones de tratamiento, para tomar una decisión; 4) capacidad para expresar esa elección claramente una vez realizada (Grisso y Applebaum, 1998).

Hoy en día, este recurso sigue siendo el más habitualmente utilizado para evaluar la capacidad de los pacientes para tomar decisiones médicas. Algo que no implica, en ningún caso, que pueda considerarse como una herramienta sólidamente establecida y de uso generalizado. De hecho, ya en la

siguiente década a su creación recibió críticas desde la neurología, y tampoco ha permanecido aislada a la discusión sobre la “Escala Móvil de Capacidad”.

Esta discusión tiene que ver con la consideración de que el nivel de capacidad exigible debe variar en función de la trascendencia de la decisión clínica concreta en cuestión, de la complejidad de su balance riesgo-beneficio (Simón, 2008: 340-341). Lo que algunos proponen es que cuánto más complejo sea ese balance, más se eleve el listón de la capacidad mínima a exigir. Aunque intuitivamente pueda parecer razonable, la controversia al respecto aflora al valorar que esa consideración es subjetiva y dependerá de quién realice la evaluación del balance riesgo-beneficio. Como esa evaluación suele ser realizada por los médicos, no es difícil entender que esta propuesta sea considerada por muchos como una vía de potenciación del paternalismo.

Pese a que la herramienta *Mac-CAT-T* pueda ser considerada como la más extendida, no existe ninguna herramienta de evaluación de la capacidad para la toma de decisiones médicas establecida de manera oficial. La ausencia de una herramienta de este tipo con una validez contrastada provoca que la evaluación de la capacidad de los pacientes se realice de manera diferente y subjetiva por parte de cada médico, como muestra el ya citado estudio sobre el modo de evaluar la capacidad de diferentes médicos (Restrepo et al., 2012: 396).

Si esta es la situación en el contexto de la psiquiatría anglosajona, en el que se llevan décadas trabajando en el desarrollo de un método de evaluación válido, cabe esperar que en España ésta no sea más halagüeña. Al poner el foco de atención sobre el contexto específico de la psiquiatría española se comprueba que el proceso de evaluación de la capacidad no está muy avanzado ni estandarizado.

Los clínicos españoles, que llevan décadas haciendo «evaluaciones» de facto de la capacidad de los pacientes, tampoco poseen herramientas desarrolladas específicamente para tal función. Lo hacen utilizando una mezcla de sentido común y experiencia profesional que, si bien sirve para salir indemne del trance, no puede sostenerse mucho tiempo más. (Simón, 2008: 332)

Desde hace unos años se dispone de una versión de la *Mac-CAT-T* validada al español (Grisso y Applebaum, 2014) que facilita el uso de esta herramienta a las y los profesionales españoles. Pero la única herramienta relacionada con esta cuestión elaborada específicamente en este contexto es el *Documento Sitges* (Sociedad Española de Neurología, 2009) centrado en la “capacidad para tomar decisiones durante la evaluación de una demencia”. En él, profesionales de diferentes áreas relacionados con las demencias, tratan de elucidar ciertos criterios para evaluar la capacidad para tomar decisiones de los pacientes afectados por ellas en diversos ámbitos.

Sin embargo, pese a representar una aportación interesante, este recurso no es ni válido ni suficiente para cumplir con la labor que aquí se está analizando. Se trata de un protocolo de enfoque eminentemente neurológico y teórico, centrado en el caso de la demencia, y cuyas limitaciones son reconocidas por los propios autores.

El diagnóstico realizado respecto al estado de la evaluación de la capacidad para decidir en el ámbito psiquiátrico permite concluir que pese a que se puede destacar la herramienta *Mac-CAT-T* como la más relevante tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación, lo cierto es que no existen aún protocolos o recursos para la evaluación de la capacidad para decidir de los pacientes con validez suficiente. A pesar de que hace décadas que comenzaron los intentos de desarrollo de herramientas para facilitar la evaluación de la capacidad para decidir en el ámbito clínico, sigue habiendo pocos recursos a los que aferrarse y mucho camino por recorrer.

Todas las herramientas existentes presentan importantes deficiencias que les impiden establecerse con firmeza en el contexto que ocupa a este trabajo. La mayoría de ellas solo se ponen a prueba con dementes y algunos depresivos a la hora de examinar su posible validez, pero el espectro de trastornos asociados a los pacientes del ámbito psiquiátrico es mucho más amplio.

Debido a todas estas razones concluye Pablo Simón que:

La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sigue siendo un área donde existen más preguntas que respuestas. Y si

esto es cierto en el caso de los países anglosajones, en el caso de nuestro país la situación es realmente preocupante. (Simón, 2008: 347)

Restrepo y colaboradores (2012) consideran que estos vacíos deben rellenarse apoyándose en conocimientos propios no solo de la medicina o psiquiatría más estrictas, sino de áreas que permitan tener una visión más global del ser humano en su relación con su entorno. Por ello, aseguran que “la evaluación de estos pacientes exige un conocimiento apropiado de los fundamentos filosóficos, éticos y legales que guían el tratamiento apropiado de estos complejos problemas clínicos” (Restrepo et al., 2012: 395).

Lo que parece incuestionable es que la pregunta que aquí se planteaba resulta difícil de responder, al menos de manera absoluta y universal. La respuesta a “¿cómo se evalúa la capacidad para decidir –y la autonomía– de los pacientes en psiquiatría?” sería, en gran medida, la siguiente: como considere cada psiquiatra.

3.1.1.3 Implicaciones de una valoración negativa de la capacidad

Un resultado negativo en esta evaluación de la capacidad tiene implicaciones legales y éticas relevantes. Las éticas son bastante predecibles, ya que la declaración de incapaz arrebató al sujeto su autogobierno, su derecho a decidir sobre las cuestiones que le influyen directamente, privándole de esta manera de una capacidad intrínseca al ser humano. La gravedad de esta consecuencia es directamente proporcional a la importancia que debería otorgársele al establecimiento de un proceso evaluativo válido y certero.

En lo que respecta a las consecuencias de carácter legal, la declaración de incapacidad trae consigo la autonomía subrogada. De esta manera, las personas declaradas incapaces, ven delegada su autonomía en un tutor legal que a partir de ese momento pasa a ser quien tiene potestad para tomar las decisiones que les incumben. Esta figura del tutor legal puede ser representada por un familiar, un representante nombrado por el estado, o hasta por el propio médico.

Legalmente, como hemos mencionado, la declaración de incapacidad invalida a la persona para cualquier decisión, que debe ser asumida por el

tutor. Desde el punto de vista bioético se debe siempre evaluar la capacidad del paciente para comprender lo que sucede en el momento de la toma de decisiones y lograr consenso. La Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría, aprobada por la Asamblea General de Madrid, España, del 25 de agosto de 1996 y revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, del 26 de agosto de 2002, refiere en su artículo 4 que: 'Cuando el paciente esté incapacitado, no pueda hacerse un juicio adecuado como consecuencia de un trastorno mental, tenga deficiencias graves o sea incompetente, el psiquiatra deberá consultar con la familia y, si fuere necesario, buscar asesoramiento legal para salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del enfermo.' (...) Si el paciente es incapaz, su tutor/a deberá asumir las decisiones pero siempre en el mejor interés de éste. (...) Si no hubiese un tutor legal o familiar, se hablará con la familia y si no existe consenso se podrá recurrir al comité de bioética o incluso al juez. En caso de no contar con un tutor legal o familiar, el médico deberá actuar siempre en el mejor interés del paciente (De Pena et al., 2014: 35-36).

Aunque esta consideración es difícilmente constatable, las y los profesionales médicos y judiciales, cumpliendo su deber ético, deben además elegir al tutor legal que mejor represente los intereses del paciente (León, 2010). No está de más volver a incidir en la necesidad de repetir las evaluaciones periódicamente, de manera que pueda emitirse el juicio más certero posible acerca del estado de la capacidad de decidir del paciente en el momento concreto de cada decisión. El derecho a la autonomía hará su aparición en diferentes momentos a lo largo de la relación entre psiquiatra y paciente, por lo que es necesario que el estado de la capacidad de este último se verifique en cada uno de esos momentos.

3.1.1.4 Momentos de la relación médico-paciente en los que se materializa el derecho a la autonomía

La evaluación de la capacidad tiene, por lo tanto, una trascendencia capital sobre la autonomía del paciente y su ejercicio a lo largo de la relación entre el médico y el paciente. En dicho proceso de relación, el ejercicio de la autonomía del paciente tiene cabida, principalmente, en la elección del

tratamiento o medida terapéutica a la que este será sometido. Ya se ha visto que, en este contexto, la autonomía se condensa en el consentimiento informado, por lo que su uso se da a la hora de elegir entre las diferentes vías de tratamiento disponibles, o incluso en la posibilidad de rechazarlos.

Para el Tribunal Constitucional el consentimiento, inicialmente concebido como facultad negativa que impone el deber de abstención de actuaciones médicas sin autorización del paciente, se ha convertido en una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiéndolas entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Se trata de la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, aun cuando pueda conducir a un resultado fatal. (Seoane, 2013:29)

En este sentido, es importante señalar que, aunque la verificación de la capacidad para tomar decisiones del paciente debería ser indispensable en ambos casos, en la práctica, ésta solo se realiza cuando el paciente manifiesta la voluntad de rechazar el tratamiento que se le propone. Es decir, las aceptaciones se consideran habitualmente como autónomas, y es solo la naturaleza autónoma de los rechazos la que se cuestiona al someter a evaluación la capacidad del paciente en estos casos. Esta realidad es expuesta por Restrepo y colaboradores cuando señalan que “en el ambiente clínico, la evaluación de la capacidad para decidir ha sido reservada, de forma tradicional, sólo para los pacientes que rechazan las recomendaciones médicas” (2012: 399).

No cabe duda de que esta forma de actuación es una herencia del paternalismo que difícilmente puede sustentarse mediante argumento alguno. Si se considera necesaria la evaluación de la capacidad de decisión para determinar si el actuar del paciente es autónomo, la evaluación debería realizarse tanto en los casos de rechazo como en los de aceptación.

Parece evidente que el consentimiento informado es probablemente el momento más representativo de manifestación de la autonomía a lo largo del

proceso de relación entre psiquiatra y paciente y, por lo tanto, uno de los puntos para los que más trascendente es la evaluación de la capacidad. Como ya se ha visto, este procedimiento permite al paciente tener la potestad de elegir entre las diferentes opciones de tratamiento disponibles, y también rechazarlas.

Sin embargo, existen otras situaciones para las que la evaluación de la capacidad también resulta relevante. El ya mencionado fenómeno de los internamientos forzados o involuntarios es otro caso. Encerrar a una persona en contra de su voluntad implica la desconsideración de su opinión. Una actuación de este tipo, el internamiento y aislamiento de un individuo en contra de su voluntad, solo puede justificarse en base a la consideración de ese sujeto como peligroso para los demás, o para sí mismo. Este último caso parece el más estrechamente relacionado con la cuestión de la capacidad, ya que si el propio individuo no considera peligrosa para él la vida libre de internamiento y se le interna, se estaría considerando que no es capaz de valorar las consecuencias y peligros de su decisión.

Deben regularse de forma integral los internamientos no voluntarios de pacientes, indicando con claridad bajo qué supuestos puede ordenarse el internamiento de un paciente, cuáles son las garantías durante el procedimiento jurisdiccional y durante el tratamiento, estableciendo las posibles revisiones del internamiento, bien de oficio o a instancia del paciente o de las personas que instaron la autorización judicial, cuando su criterio no coincida con el del facultativo responsable de la atención al paciente. (Merino, 2011: 169)

3.1.1.5 El rol de los comités de ética

Vistas todas estas dificultades, se presume como más indispensable si cabe la incorporación sustancial de la bioética a la psiquiatría. El enfoque bioético puede ser un factor de ayuda a la hora de colaborar en el desarrollo de respuestas para todas estas importantes cuestiones que permanecen indefinidas. Sin embargo, la influencia de la bioética en la actividad psiquiátrica es aún muy reducida –menor incluso que la que tiene sobre el resto de especialidades médicas– y se tiende a ceder demasiada responsabilidad a

profesionales que quizás no tienen ni la formación ni las herramientas adecuadas para ejercerla.

Uno de los modos en los que puede perpetrarse esa incorporación es asegurando la presencia de la bioética en la formación de las y los psiquiatras. El hecho de que se añada esa perspectiva a su formación puede proporcionarles una visión mucho más completa para gestionar cuestiones como la valoración de la autonomía o la capacidad para decidir.

Se ha comprobado que el peso de la interpretación particular de cada psiquiatra en relación a estas cuestiones es enorme, debido a los importantes vacíos teóricos y normativos existentes al respecto. Si las evaluaciones del paciente reposan, en gran medida, en las concepciones y valores personales del evaluador, es mucho más importante aún asegurarse al máximo posible de que esos fundamentos sean adecuados. Pese a los beneficios que podría reportar esta confluencia, como señala Stagnaro (2009) “la incorporación de la perspectiva bioética en la formación de los psiquiatras viene con atraso, aunque debería impregnar la currícula formativa de los especialistas” (Stagnaro, 2009: 39, vía De Pena et al., 2014).

Otro refuerzo interesante en la gestión de estas cuestiones lo pueden conformar los comités de ética. El papel de estos en la orientación y deliberación acerca de cuestiones como las recientemente mencionadas, con implicaciones éticas de importante calado, puede resultar esencial para rellenar algunos de los vacíos existentes. La intervención de las y los profesionales de diferentes disciplinas que componen estos comités puede ser de mucha utilidad a la hora de elucidar cuestiones para las que las y los psiquiatras parecen no tener la formación necesaria.

De Pena y colaboradores (2014) hacen referencia a esta realidad al “resaltar la figura institucional de los comités de Ética Asistencial y la importancia de su creación en las instituciones que asisten pacientes con patología mental” (2014: 31). En el mismo sentido, Tunzi y Spike defienden que:

Cuando sea posible, involucrar a la atención médica primaria o al psiquiatra clínico del paciente que tenga una relación e historia con el

paciente puede proporcionar contexto médico y social para ayudar a resolver esas situaciones. (...) Diferentes especialistas –tanto equipos como individuos– pueden hacer diferentes recomendaciones, pero el proceso deliberativo completo de la consulta ética proporciona la mejor oportunidad para optimizar el cuidado en estos complejos escenarios clínicos (Tunzi y Spike, 2014: 4)

La incorporación de la bioética a la psiquiatría, tanto mediante su incorporación en la formación de las y los psiquiatras, como a través de la constitución de los comités de ética –y la posterior delegación de responsabilidad en ellos– puede ser de gran valor para la comprensión y potenciación de la autonomía del paciente. Ambas pueden constituirse como herramientas útiles para abordar con mayor fiabilidad estas cuestiones que hasta el momento resultan problemáticas en la práctica psiquiátrica diaria.

3.1.1.6 Una relación con vacíos relevantes

La presencia de la autonomía en la relación psiquiatra-paciente está aún poco definida pese a su gran relevancia. No existe una concepción establecida de la autonomía en este contexto, y cada psiquiatra puede tener su particular comprensión de las condiciones que su presencia requiere. Estas limitaciones colisionan con una responsabilidad básica en el trabajo de todo profesional de este ámbito, ya que potenciar la autonomía de su paciente debería ser uno de los compromisos éticos ineludibles de todo psiquiatra.

El consentimiento informado constituye prácticamente el único modo de inclusión de la autonomía en este proceso de relación, pero también su implementación presenta debilidades. Una de las condiciones necesarias para la aplicación del consentimiento informado, la capacidad, presenta los mismos problemas que la autonomía en su definición. No existe una definición establecida de ella y, por ello, la “capacidad de decidir frente a una situación médica está estrechamente relacionada con el grado de comprensión que se tenga de ella” (Restrepo et al., 2012: 404). También la evaluación de la capacidad sigue siendo bastante precaria hoy en día, debido a que no se ha desarrollado aún una herramienta para ello que haya logrado un estatus oficial o, al menos, dominante.

A pesar de esa ausencia de definiciones oficialmente establecidas y de la variedad de acepciones existentes, se ha comprobado que las más extendidas no resultan del todo coherentes con el estado de conocimiento actual. Al igual que en la bioética, el concepto estándar de autonomía de la psiquiatría –y también el de capacidad– presenta algunos rasgos claramente cuestionables. La excesiva racionalización e individualización del concepto en detrimento de los factores inconscientes que se han comprobado esenciales a la autonomía es una limitación con importantes consecuencias para su evaluación.

Lo cierto es que estas debilidades tienen implicaciones de gran relevancia ya que, el consentimiento informado y la capacidad cumplen funciones con un peso normativo considerable. Por un lado, el consentimiento informado tiene la función de asegurar la posibilidad de que los pacientes ejerzan su autonomía y, por otro, el concepto de capacidad –que es una de las condiciones necesarias para el cumplimiento del CI– restringe y delimita quiénes tienen esa posibilidad.

La valoración de la capacidad determina quiénes son considerados autónomos o capaces de ejercer la autonomía, puesto que es la única de las tres condiciones que depende exclusivamente del paciente y no del correcto proceder del profesional. De modo que, en función de la comprensión particular que cada psiquiatra tenga de la autonomía y de la capacidad, la valoración que emita sobre el paciente podrá variar. Si, como parece, las concepciones más extendidas no resultan del todo coherentes con lo que se cree conocer actualmente acerca del proceso de deliberación humano, se corre el riesgo de emitir valoraciones erróneas que acarreen implicaciones éticas y legales de gran trascendencia.

Autonomía y capacidad no son lo mismo, pero quién no es considerado capaz no es considerado autónomo. Por ello, cobra una importancia capital elucidar la naturaleza de ambos conceptos y el proceso mediante el cual puedan ser evaluados de manera válida y fiable.

3.1.2 La relación entre la autonomía y los trastornos mentales

Además de por su rol en la relación médico-paciente, el concepto de autonomía resulta especialmente relevante en el ámbito psiquiátrico por su relación con el objeto de esta especialidad clínica, con los trastornos mentales.

La idea de que la presencia de un trastorno mental está asociada con una merma o cuestionamiento de la autonomía del sujeto está ampliamente aceptada, pero es necesario para el propósito de este trabajo analizar la naturaleza de esa correlación. ¿Implica la presencia de un trastorno mental una falta de autonomía?, ¿la presencia de algunos trastornos mentales se debe a problemas en la identidad o la autonomía?, ¿potenciar la autonomía puede ayudar en el tratamiento de algunos trastornos mentales?

Encontrar respuestas para estas preguntas resulta esencial para determinar la repercusión que un cambio en la concepción de la autonomía puede generar. La centralidad de la relación entre la autonomía y los trastornos mentales es una prueba más que confirma la importancia de esa tarea.

Tal y como se acaba de explicar, se presupone que todo individuo adulto tiene capacidad para decidir y, por lo tanto, si además se considera que tiene la información necesaria y la posibilidad de ejercerla de manera voluntaria, dicho individuo suele ser valorado como autónomo. Pero, del mismo modo, se ha expuesto que existen hechos determinados que provocan que se ponga en cuestión su capacidad. Entre esos hechos se encuentra el diagnóstico de un trastorno mental, por lo que parece evidente la existencia de un vínculo entre los trastornos mentales y la autonomía.

Jurídicamente, la presencia de un trastorno mental no implica necesariamente la subrogación de la autonomía ni la pérdida de capacidad jurídica. En este sentido, Tunzi y Spike (2014: 3) subrayan que el diagnóstico de un trastorno mental no supone la pérdida automática de la capacidad de decisión del paciente, ya que pueden estar en perfecta disposición de tomar decisiones médicas en relación a su salud. Del mismo modo, Restrepo y colaboradores (2012: 401) explican que no todos los sujetos con un trastorno mental diagnosticado deben considerarse como carentes de autonomía, ya que

el hecho a determinar es si tienen capacidad en el momento concreto de tomar la decisión en cuestión.

En un estudio citado por estos mismos autores, que examina mediante el uso del *Mac-CAT-T* la capacidad para decidir de 55 pacientes psiquiátricos internos en un hospital, se concluye que entre el 43,6% (24) y el 45% (25) de esos pacientes no disponían de capacidad para autodeterminarse (Cairns et al., 2005 vía Restrepo et al. 2012). De manera que, aunque la relación entre el diagnóstico de un trastorno mental y la falta de autonomía parece bastante estrecha, no se puede decir que la presencia del primero implique necesariamente la de la segunda.

Cualquier diagnóstico o tratamiento que afecte las capacidades mentales puede estar asociado con alteración de la capacidad para autodeterminarse. Sin embargo, la severidad de la condición clínica, más que el diagnóstico por sí mismo, predice mejor la presencia de incapacidad. (Restrepo et al., 2012: 400)

La gravedad del trastorno mental también es el factor señalado por Lucía de Pena y colaboradores (2014: 33)⁶⁷ cuando aseguran que “el trastorno psiquiátrico grave y la declaración judicial de incapacidad conllevan a la autonomía subrogada”. Por lo tanto, aunque la presencia de un trastorno mental no implica la falta de autonomía según estos autores, sí que existe una relación bastante significativa entre ambos, hasta el punto de que si estos trastornos son de cierta gravedad pasan a llevar consigo la ausencia de capacidad y de autonomía.

El problema, una vez más, parece radicar en que la gravedad del trastorno mental es un aspecto eminentemente valorativo, que será evaluado por cada psiquiatra de manera particular. Esta evaluación presenta la misma dificultad que la de la capacidad, y las dudas al respecto son las mismas.

Podría ser interesante, en este sentido, determinar qué trastornos mentales en concreto afectan a la capacidad para decidir y a la autonomía. Quizás sería cuestionable incluso la necesidad de diagnosticar o medicar los

⁶⁷ Aunque Restrepo y colaboradores (2012) y De Pena y colaborados (2014) se enmarcan en los contextos de Colombia y de Uruguay respectivamente, la realidad a la que hacen referencia es la misma en España, como explica Simón (2008) y en Estados Unidos, como dicen Tunzi y Spike (2014).

trastornos que no amenazan a la autonomía del individuo y no son percibidos como un problema por él. De esta forma se podría reducir la inflación de diagnósticos y la medicalización, elevando los umbrales diagnósticos o renunciando a algunas categorías, de manera que se excluyeran aquellos diagnósticos que no suponen o implican un problema para la autonomía del sujeto. No hay que olvidar a este respecto que esta cuestión es totalmente dependiente de la manera en que se entienda la autonomía y que variaciones en al concepto de autonomía, supondrían variaciones en esa clasificación.

La psicopatología del desarrollo defiende que “los factores biológicos, ambientales, y experienciales son interactivos e interdependientes en el surgimiento y la persistencia de los trastornos comportamentales” (Ryan, 2005). Todos esos factores están estrechamente vinculados con el desarrollo de la identidad y la autonomía del individuo, por lo que pueden tener influencia en la manera en la que éstas se manifiestan y, consiguientemente, con la aparición de los trastornos mentales que guardan relación con ellas.

Generalmente, se ha considerado que cuanto mayor es la autonomía del sujeto más saludable es su desarrollo, del mismo modo que las alteraciones en la autonomía se han vinculado a problemas de salud mental. Más concretamente, lo que la psicopatología del desarrollo postula es que “una condición necesaria para muchas formas de psicopatología radica en fallos en la empatía, rechazo, crueldad, negación, control excesivo, y relaciones de no apoyo que pueden devastar el mundo experiencial” (Ryan, 2005: 987). De manera que los problemas relacionados con la identidad y la autonomía parecen relacionarse con los trastornos mentales.

Eso apuntan Evans y colaboradores (2015) que señalan que también en la clínica tradicionalmente se han asociado las alteraciones en el sentido de la identidad a problemas en la salud mental. En la misma dirección, Ryan (2005) subraya que desde la perspectiva clínica se ha resaltado habitualmente a las alteraciones de la autonomía como un factor principal en el desarrollo de las psicopatologías, al mismo tiempo que se ha solido considerar la limitación de la autonomía como causante de varios trastornos.

Desde 1985 Richard M. Ryan y Edward L. Deci han desarrollado una teoría, denominada *Self Determination Theory* en la que se destaca la

importancia de la autonomía en relación a los trastornos mentales (Deci y Ryan, 1985). Estos autores tienen una concepción relacional de la autonomía, compatible con la que se propone en este trabajo, según la cual la autonomía tiene que ver con la volición, a diferencia de la independencia, que consiste en no confiar en los demás (Ryan, 2005). Por ello, defienden que “una persona puede ser autónomamente dependiente o independiente en diferentes circunstancias” (Ryan, 2005: 989).

La SDT también subraya el peso del entorno (Ryan, 1995) y de los factores inconscientes (Ryan y Deci, 2004) en el desarrollo de la autonomía. De manera más concreta, lo que defiende es que existen necesidades psicológicas básicas relacionadas con la autonomía y con el entorno sociocultural –en el que son esenciales las relaciones interpersonales– que resultan determinantes para la integridad individual (Ryan, 1995). La tesis principal de esta teoría es que cuánto más pueda desarrollar su autonomía o su autenticidad⁶⁸ un sujeto – sea de manera inconsciente o consciente, dependiente o independiente–, mejor será su salud mental. De esta idea principal se derivan otras creencias como que potenciar su autonomía ayuda a que mejore el estado de salud mental del paciente y que las relaciones con el entorno y con las y los profesionales que los cuidan tienen gran influencia en esa potenciación.

Estas ideas vienen a confirmar la importancia de la autonomía y su conceptualización en relación con los trastornos mentales.

3.1.3 La autonomía y los trastornos de la personalidad

Si hay un grupo de trastornos de los clasificados por el DSM-5 para los que esta cuestión resulta especialmente relevante, este no es otro que el de los trastornos de la personalidad. Se trata de una categoría de trastornos cuya naturaleza lleva ya tiempo siendo cuestionada por diferentes razones que ya se han presentado, y en la que el concepto de autonomía parece tener un peso capital.

⁶⁸ La autenticidad, de algún modo, está vinculada con la identificación del sujeto y su acción que se propone en este trabajo.

Los trastornos clasificados en los grupos B y C de esta categoría resultan especialmente destacados en este sentido. La mayoría de los criterios que el manual de la APA utiliza para su diagnóstico tienen que ver con la relación del sujeto con el entorno y con la gestión de sus emociones.

En un artículo de 2002, Jennifer Q. Morse, Clive J. Robins y Marci Gittes-Fox analizan la relación que los diferentes trastornos de la personalidad clasificados en el DSM-III-R tienen con la autonomía y la conclusión a la que llegan es afín con lo que se viene planteando aquí. Estos autores postulan que los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípico, pasivo agresivo, límite, narcisista, evitativo y autodestructiva⁶⁹ están significativamente relacionados con la autonomía y, en base a ello, acaban defendiendo que la autonomía puede resultar útil “para comprender y tratar los trastornos de la personalidad” (Morse et al., 2002: 549).

Steve Fox (2001) profundiza en el tema de los tratamientos para los trastornos de la personalidad. Se muestra escéptico acerca de la conveniencia de la medicación para la salud de los individuos con trastornos de este tipo diagnosticados. Tanto es así que considera que la medicación puede tener un efecto negativo sobre el individuo, y en su lugar recomienda tratar de potenciar su autonomía mediante una relación asistencial adaptada a las particularidades del contexto del paciente. De manera que también Fox asocia los problemas de autonomía con los trastornos de la personalidad y defiende la utilidad de su potenciación para la mejora de la situación del sujeto.

En todos esos casos, los aspectos de la autonomía sumados a la preservación de la aptitud cognitiva y funcional deben ser comparados con la necesidad de proteger a los individuos del daño. Los diagnósticos equivocados y la sobremedicación han causado a menudo más daño que permitir a esos individuos existir en sus propios mundos con medidas adaptativas implementadas para protegerlos. Reconocer el diagnóstico e implementar intervenciones adaptadas a sus circunstancias y entorno puede ayudar a establecer una alianza con los pacientes, y así maximizar su autonomía. (...) El informe de un médico que incorpore este modelo es

⁶⁹ El trastorno de personalidad autodestructiva aparece en el DSM-III-R como propuesta para ser estudiada.

el que será más valioso para el paciente, para el representante legal, y para el potencial tomador de decisiones subrogado. (Fox, 2001: 65)

3.1.3.1 El trastorno de la personalidad límite como caso representativo

El *Borderline Personality Disorder* o trastorno de la personalidad límite (TLP)⁷⁰ es probablemente el trastorno mental acerca del que más se ha debatido. Multitud de comentarios, artículos e investigaciones han puesto el foco sobre esta controvertida categoría diagnóstica con el fin de arrojar algo de luz acerca de su naturaleza⁷¹. Su naturaleza cuestionada y problemática se ve acentuada por cuestiones como su alta prevalencia, la ausencia de tratamiento eficaz y la alta tasa de comorbilidad que se le asocia.

Más allá de estas cuestiones, el trastorno de la personalidad límite resulta especialmente indicado para ilustrar la relación con la autonomía que aquí se está subrayando. De hecho, este trastorno mental es ampliamente considerado como un trastorno de la identidad o de la autonomía, por lo que existen pocas dudas acerca de la centralidad de ambos conceptos para esta categoría diagnóstica.

Evans y colaboradores definen el trastorno límite de la personalidad como “el ejemplo arquetípico de la asociación entre la alteración del autoconcepto y la psicopatología” (2015: 614), opinión que corroboran al destacar que la “alteración de la identidad” es uno de los criterios diagnósticos que se le asocian en el DSM-5.

En el mismo sentido, Richard M. Ryan (2005) postula que el TLP es una ruptura de las necesidades psicológicas básicas, especialmente de dos de ellas: la autonomía y la relacionalidad⁷² (2005: 988). Por ello, lo considera como un trastorno de la autonomía, derivado de una identidad a su vez fragmentada o desestructurada.

⁷⁰ Debido a que en la versión en castellano el *Borderline Personality Disorder* se había traducido como “trastorno límite de la personalidad” hasta el DSM-5, en el que ha pasado a clasificarse como “trastorno de la personalidad límite”, hace que en la bibliografía en español, en ocasiones, se haga referencia a este trastorno con la sigla TLP.

⁷¹ Ver apartado 2.6.11.

⁷² Traducción personal del término *relatedness*.

El TLP representa un ejemplo prototípico del daño estructural al yo que ha sido asociado con fallos en el apoyo a la autonomía y la relacionalidad de los cuidadores de los primeros años de vida. La característica principal del TLP es la ausencia de un sentido cohesionado y estable del yo. Entre las características centrales asociadas con esta ausencia de un yo consistente y organizado están la labilidad emocional y la inestabilidad de autoestima. (Ryan, 2005: 995)

Además, es importante prestar atención a que la forma de entender la identidad –y la autonomía por extensión– de estos autores es bastante afín a la que se defiende en este trabajo, ya que en ella el autorreconocimiento o autoconcepto juega un papel esencial, como también lo hacen el contexto cultural en que se emplaza y su carácter relacional o interactivo. Por ello, Ryan (2005) considera que el entorno en el que la identidad y la autonomía se desarrollan –del que son parte esencial las interacciones y relaciones con los otros– es donde se encuentra el origen de estos trastornos mentales.

El impacto de esos entornos faltos de apoyo es que el niño no aprende a reconocer y aceptar estados internos y es menos capaz de participar en los sentimientos e intenciones de los demás. (...) Por ello, las deficiencias socio-contextuales en el apoyo a la autonomía y la relacionalidad crean déficits en el desarrollo e incrementan la vulnerabilidad fisiológica, estableciendo el escenario para la desregulada y lábil presentación del TLP. (Ryan, 2005: 1002)

Estos rasgos y la centralidad de la identidad para este trastorno mental se aprecian especialmente bien al analizar las sensaciones manifestadas por los sujetos con estos problemas. En un artículo publicado en la *American Journal of Psychiatry*, Tess Wilkinson-Ryan y Drew Westen señalan, entre otras cosas, que el TLP se caracteriza “por una dolorosa sensación de incoherencia” y que esta “alteración de la identidad puede manifestarse clínicamente de diferentes formas dependiendo de si el paciente es más desregulado emocionalmente o más histriónico” (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000: 540).

Ryan (2005) señala que, a menudo, los sujetos con TLP no sienten sus actos como propios, y que es en ese sentido en el que existe una alteración de la autonomía. Explica que estos pacientes suelen confesar que no se sienten responsables de sí mismos, ya que sienten que sus acciones están fuera de su

control, ya sea porque son forzadas por el entorno o porque son impulsivas. En opinión de este autor, a consecuencia de este hecho, los individuos con TLP “pueden sentirse vacíos o aislados, lo que está conectado con la falta de sentimiento de autonomía e identidad” (Ryan, 2005: 995).

Dammann y colaboradores (2011) quisieron indagar acerca de cómo se ven a sí mismos los pacientes diagnosticados con un TLP y para ello realizaron una investigación de carácter cualitativo. Los resultados de esta investigación desvelan que estos sujetos tienen una percepción de sí mismos como serviciales y sensibles, su autoimagen es altruista, superficial y sufridora y, por el contrario, consideran a los demás egoístas y satisfechos (Dammann et al., 2011: 517).

Concluimos que la autoimagen de los pacientes de TLP se caracteriza por la inconsistencia de una autodescripción positiva-altruista por un lado, y una descripción negativa de las emociones y de los otros, por otro. Esta inconsistencia puede acarrear una dolorosa incoherencia de la autoimagen del paciente que puede abordarse en la psicoterapia. (Dammann et al., 2011: 526)

Además, Dammann y colaboradores (2011) señalan que estos sujetos manifiestan que la tristeza, la ira y la ansiedad son las emociones que más les invaden, pero, sin embargo, solo asocian los episodios agresivos a los demás. Por todo ello, consideran que el estudio refuerza la idea de que el TLP se caracteriza por alteraciones en la identidad y en las relaciones, lo que consideran muy importante de cara al tratamiento psicoterapéutico (2011: 517).

La ya comprobada centralidad de la autonomía en el TLP hace que parezca evidente que el tratamiento de estos pacientes debe ir enfocado a la integración o mejora de su identidad y autonomía. Si, como parece, existe cierto consenso al considerarla como una categoría diagnóstica caracterizada por la alteración de la identidad y de la autonomía, se presume como importante tratar de resolver esa alteración en aras de mejorar la salud mental de los individuos con TLP.

Esta es también la opinión de Richard M. Ryan, que considera que sean cuales sean la estrategia y el contenido de la terapia utilizada, ésta debe darse “en una atmósfera de apoyo a la autonomía” (2005: 1002), puesto que la

relacionalización y la autonomía son para este autor factores clave en el desarrollo del individuo. A su juicio la relación asistencial es esencial en esa tarea de potenciación de la autonomía, y “sin una relación de cuidado sensible, en la que las necesidades sean reconocidas y satisfechas, la autonomía no puede afianzarse y desarrollarse” (Ryan, 2005: 998).

Se argumenta que, dada la fragilidad de autoaceptación y las dificultades de internalización afrontadas por las personas con TLP, la importancia de una atmósfera de apoyo a la autonomía y colaborativa es primordial. (...) Así, proporcionando una guía para el cambio en un contexto de apoyo a la autonomía, los terapeutas pueden facilitar máximamente la internalización y el ajuste emocional en personas con este formidable trastorno de la personalidad. (Ryan, 2005: 1003).

Del mismo modo, Evans y colaboradores (2015) defienden que “ayudar a construir un autoconcepto coherente e integrado debe ser un foco de las intervenciones clínicas para el TLP” (2015: 624). Al mismo tiempo, estos autores son conscientes del importante trabajo que queda por hacer en la definición de estos tratamientos y, por ello, opinan que es de gran relevancia determinar el sentido concreto en el que ese autoconcepto se encuentra alterado, para que las terapias puedan ser más precisamente dirigidas (2015: 624).

3.1.4 Un factor esencial y desatendido

Lo visto hasta el momento resulta suficiente para aseverar que el concepto de autonomía está estrechamente vinculado a la psiquiatría. Se ha comprobado que la autonomía es esencial para la regulación de la relación entre psiquiatra y paciente y también en la naturaleza de los trastornos de la personalidad.

Sin embargo, esta relevancia choca con la poca atención que se ha prestado al concepto en el contexto psiquiátrico. No existe un concepto de autonomía establecido en la psiquiatría, por lo que esta suele corresponderse con el consentimiento informado y con las condiciones necesarias para su aplicación. Información, voluntariedad y capacidad son, por lo tanto, los rasgos o componentes definitorios de la autonomía para la psiquiatría.

Uno de ellos, la capacidad, resulta especialmente problemático. La ausencia de una definición y una herramienta de evaluación de la capacidad hace que las y los psiquiatras puedan valorar al mismo paciente de formas diversas y no necesariamente coincidentes. Se trata de una deficiencia de gran relevancia por las consecuencias éticas y legales que puede tener sobre el sujeto evaluado.

La relación existente entre la autonomía y los trastornos mentales también resulta difícilmente cuestionable. A pesar de que la presencia de un trastorno mental no implica la consideración del sujeto como no autónomo –ya que ésta depende de su gravedad–, la alteración de la identidad y de la autonomía es considerada generalmente como el rasgo definitorio de algunos trastornos mentales. Entre ellos, tienen una posición destacada los trastornos de la personalidad, que son valorados por muchos como trastornos de la identidad y la autonomía.

La necesidad de establecer un concepto de autonomía válido y adaptado al contexto psiquiátrico queda sobradamente justificada. Sin embargo, teniendo en cuenta la naturaleza y limitaciones del concepto de autonomía estándar en la ética médica en general –y su aparente predominio también en la psiquiatría–, parece probable pensar que la reconceptualización de la autonomía en el sentido que se propone en este trabajo podría tener consecuencias importantes en todos estos aspectos poco desarrollados hasta ahora.

El establecimiento concepto de autonomía interactivo, corporeizado y particular parece que obligaría a repensar la relación entre psiquiatra y paciente, con especial repercusión sobre el proceso de consentimiento informado. En lo que respecta a los trastornos mentales, la influencia del cambio también podría ser destacable, en base a la centralidad que tiene la autonomía para algunos de ellos. Una vez comprobada ésta, es necesario analizar si en el DSM-5 la autonomía se entiende en los términos propuestos en este trabajo y si, por lo tanto, lo que en el manual se consideran alteraciones de la identidad y la autonomía también lo serían bajo esta nueva perspectiva o si, por el contrario, pasarían a considerarse tan solo identidades diferentes construidas de manera relacional o interactiva y corporeizada.

En el caso de que la segunda hipótesis tuviera sustento, la reconceptualización de la autonomía aquí propuesta alteraría tanto la clasificación como los criterios utilizados para algunos de los trastornos mentales presentados en el manual. En los casos en los que realmente existiera una autonomía o identidad dañada el tratamiento debería ir orientado a potenciarla y reestructurarla.

3.2 El concepto de autonomía en el DSM-5

A la hora de abordar el tema de los trastornos mentales o, más correctamente, la concepción que el DSM tiene de los trastornos mentales, resulta importante prestar atención a la manera en que la autonomía –y la identidad– son interpretadas y, al mismo tiempo, utilizadas por quienes elaboran este manual.

Esta cuestión es relevante por los motivos que se acaban de explicar. El concepto de autonomía es esencial en bioética especialmente en lo que se refiere a su papel en la relación médico-paciente. La naturaleza asimétrica de esta relación se acentúa más aún en el contexto de la psiquiatría, en la que el diagnóstico o evaluación del profesional puede contribuir a eliminar de un plumazo el valor de las opiniones del paciente. El hecho de que se entienda de una manera errónea qué es la autonomía –o que no se especifique cómo se debe entender– puede dar lugar a una deslegitimación de la opinión del paciente fundamentada en una falta de autonomía (de los rasgos asociados a ella en el manual o en la concepción particular del psiquiatra) que puede no corresponderse con lo que la autonomía es, o parece ser, en realidad.

Este hecho, unido a que la falta de autonomía suele considerarse en diversos casos como la causa y la consecuencia de la presencia de un trastorno, dota de una importancia capital a este concepto. Por ello, trataré a continuación de elucidar cómo se entiende y utiliza la autonomía en la última edición de este manual y la naturaleza de su relación con lo que éste entiende por trastornos mentales, en un intento por comprobar si su uso es inadecuado y si ese uso inadecuado puede ser causa de diversos problemas asociados a la psiquiatría.

Cuando el objetivo definido es conocer el significado con el que usa el concepto de autonomía el DSM-5, parece evidente que la forma más sencilla de intentar descifrarlo sería buscar el uso que se hace del término a lo largo de los cientos de páginas del manual. Al realizar esta tarea compruebo que el término “autonomy” aparece cuatro veces, mientras que su derivación “autonomic” se puede encontrar en 39 ocasiones.

Lo cierto es que lo cuantitativo, como casi siempre, dice bastante poco también acerca de la cuestión que nos interesa. Para encontrar alguna respuesta útil para el objetivo habrá que prestar atención al contexto en el que se ubica, e intentar extraer de ahí alguna conclusión sobre el significado que se le otorga.

La primera aparición de la palabra “autonomy” se da en la página 241.

The result can be few significant relationships outside the family and a lack of **autonomy** and financial independence from their family of origin. In addition, some individuals with OCD try to impose rules and prohibitions on family members because of their disorder (e.g., no one in the family can have visitors to the house for fear of contamination), and this can lead to family dysfunction. (APA, 2013: 241)⁷³

“Falta de autonomía y de independencia financiera fuera de su familia de origenorigen” (APA, 2014: 241). No puede decirse que autonomía e independencia se igualen, pero sí que parecen entenderse como conceptos parecidos o que, al menos, van de la mano. La autonomía se asocia a la independencia en este primer uso del concepto.

La página 304 contiene el siguiente uso del término “autonomy”, ubicado dentro de la categoría “Dissociative Disorders”, concretamente en la descripción relativa al “Depersonalization/Derealization Disorder”:

Individuals with depersonalization/derealization disorder are characterized by harm-avoidant temperament, immature defenses, and both disconnection and overconnection schemata. Immature defenses such as idealization/devaluation, projection and acting out result in denial of reality

⁷³ Las citas y extractos de texto del DSM-5 se presentarán en el idioma original, sin traducción, para evitar problemas conceptuales asociados a ésta. Para ayudar a la comprensión de dichos extractos, cuando se considere necesario, se presentará la cita en su versión en español, a continuación de la exposición de la cita original o a pie de página.

and poor adaptation. *Cognitive disconnection schemata* reflect defectiveness and emotional inhibition and subsume themes of abuse, neglect, and deprivation. *Overconnection schemata* involve impaired **autonomy** with themes of dependency, vulnerability, and incompetence. (APA, 2013: 304)

“Los esquemas de sobreconexión implican una autonomía deteriorada y suelen corresponderse con dependencia, vulnerabilidad e incompetencia” (APA, 2014: 304). En esta ocasión es más clara todavía la oposición entre autonomía y dependencia. Se considera que la autonomía está dañada y que esos daños implican dependencia, vulnerabilidad e incompetencia. De modo que la autonomía está asociada, otra vez, a la independencia y, además, a la invulnerabilidad y competencia.

La tercera vez que aparece la palabra autonomía en el manual es ya en la página 650.

Because individuals with paranoid personality disorder lack trust in others, they have an excessive need to be self-sufficient and a strong sense of **autonomy**. They also need to have a high degree of control over those around them. (APA, 2013: 650)

“Tienen una necesidad excesiva de ser autosuficientes y un fuerte sentido de la autonomía” (APA, 2014: 650). Es decir, se vincula la falta de confianza en los otros, con la necesidad de ser autosuficiente y con un fuerte sentido de la autonomía. No se considera directamente lo mismo, pero si son aspectos compatibles e, incluso, podría decirse que la autosuficiencia se valora como un rasgo propio de un sentido fuerte de la autonomía.

La última aparición se da en la tercera sección del manual, en la que se presentan los modelos o cambios que se están valorando de cara a próximas ediciones y, en algunos casos como en el presente, un modelo que valoraron seriamente incluir en esta edición, pero cuyo establecimiento finalmente decidieron postergar. Se trata, concretamente, de un modelo dimensional para los trastornos de la personalidad y, entre los criterios de diagnóstico relativos al Borderline Personality Disorder, se encuentra el siguiente:

Separation insecurity (an aspect of Negative Affectivity): Fears of rejection by— and/or separation from—significant others, associated with fears of excessive dependency and complete loss of **autonomy**.” (APA, 2013: 767)

“Miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía” (2014: 767). Una vez más, dependencia y pérdida de autonomía parecen situarse en el mismo bando. Concretamente se relacionan “excesiva dependencia” y “pérdida total de autonomía”, por lo que no parece irrazonable pensar que ambos conceptos van de la mano y se establece un vínculo más o menos evidente entre independencia y autonomía.

Como resultado de este análisis superficial, se puede conjeturar que, en el DSM-5, la autonomía se vincula con la independencia, autosuficiencia, invulnerabilidad y competencia. Aunque se trata de un análisis de una profundidad insuficiente como para satisfacer el objetivo planteado, estas asociaciones resultan, sin duda, significativas.

El valor y la solidez de estas asociaciones aumentan al comprobar un hecho llamativo. La traducción al español del DSM-5 proporciona un resultado importante para el objetivo que aquí se viene persiguiendo y que parece corroborar las conclusiones que se acaban de extraer en el análisis anterior. Al analizar la edición en español del manual se comprueba que el concepto “independence” se ha traducido como “autonomía” en siete ocasiones diferentes⁷⁴. Es decir, las y los especialistas en psiquiatría encargados de llevar a cabo la adaptación del manual al español han considerado que los conceptos “independencia” y “autonomía” son sinónimos por el uso que se hace de ellos.

El hecho de que se iguallen la autonomía y la independencia, que se considere que la primera puede sustituir a la segunda, es una forma de confirmar que el concepto de autonomía utilizado en el el DSM-5 es, al menos, muy cercano al de independencia. Además, que sean psiquiatras quienes realicen esta valoración, resulta todavía más sintomático y significativo para elucidar qué se entiende por autonomía en este manual. Por todo lo que se acaba de comprobar, parece razonable decir que en el DSM-5 la autonomía se entiende como independencia.

⁷⁴ En las páginas 33, 37, 52, 602, 608 y 677 coincidentes en ambas versiones del DSM-5.

Ahora se intentará profundizar en la relación entre ese concepto de autonomía y el de trastorno mental. Al observar la ya presentada definición de trastorno mental que aparece en el DSM-5, lo primero que se comprueba es que ésta no contiene referencia alguna a la palabra autonomía. La ausencia de esta referencia explícita implica que, si se pretende describir la naturaleza de la relación entre ambos conceptos, haya que prestar atención a otros aspectos de carácter implícito que puedan vincularlos. Tras advertir de que “ninguna definición puede abarcar todos los aspectos de todos los trastornos que contiene el DSM-5” y de que, sin embargo, cada uno de los trastornos mentales para ser considerado como tal “debe cumplir la definición de trastorno mental” (APA, 2014: 20), definen el concepto de trastorno mental en los siguientes términos:

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 disorders are usually associated with significant distress or disability in social, occupational, or other important activities. An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as the death of a loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above. (APA, 2013: 20)⁷⁵

Un trastorno mental tiene que ser necesariamente resultado de una disfunción que se manifiesta generando sufrimiento o discapacidad. Se trata de una descripción poco rigurosa, que se fundamenta en unos criterios bastante laxos. Se habla de “disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo

⁷⁵ Traducción: “Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente”. (APA, 2014: 20).

subyacentes al funcionamiento mental” como causa de los trastornos mentales, sin embargo, no se determina qué es una disfunción –concepto bastante cuestionado en la actualidad. Tampoco queda clara la naturaleza de las manifestaciones; el sufrimiento es subjetivo, solo determinable por el sujeto que lo padece, y la discapacidad no es definida. Obviamente la discapacidad es falta de capacidad completa, un déficit de capacidad –diferente a la incapacidad–, pero se trata de un concepto gradual, y cuyas implicaciones varían en función de diferentes factores, no solo de grado, sino contextuales que no son especificados en el manual –hasta la Sección III, en la que se hace referencia a ellas a través del WHODAS⁷⁶, pero no son utilizadas por el manual.

Se explica que, en muchos casos, es imposible determinar si los síntomas de un paciente son de naturaleza patológica y por eso se han utilizado los conceptos de “sufrimiento” y “discapacidad” como criterio de diagnóstico al considerarlos útiles a la hora de evaluar la necesidad de tratamiento. El vínculo entre discapacidad y la presencia de un trastorno mental queda de esta forma analizado, pero sería un error igualar capacidad y autonomía. La discapacidad no implica falta de autonomía, ni la falta de autonomía es equiparable a la presencia de una discapacidad. Un sujeto puede ser discapacitado y seguir siendo autónomo, del mismo modo que un sujeto puede tener mermada su autonomía pese a ser plenamente capaz.

La definición de trastorno mental del DSM-5 no establece una relación con la autonomía, según ésta, alguien con un trastorno mental puede ser autónomo. La presencia de un trastorno mental no implica falta de autonomía.

⁷⁶ En la pág. 21, tras la definición de trastorno mental, el manual indica lo siguiente: “The WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) is based on the ICF and has proven useful as a standardized measure of disability for mental disorders. However, in the absence of clear biological markers or clinically useful measurements of severity for many mental disorders, it has not been possible to completely separate normal and pathological symptom expressions contained in diagnostic criteria.

This gap in information is particularly problematic in clinical situations in which the patient's symptom presentation by itself (particularly in mild forms) is not inherently pathological and may be encountered in individuals for whom a diagnosis of "mental disorder" would be inappropriate. Therefore, a generic diagnostic criterion requiring distress or disability has been used to establish disorder thresholds, usually worded "the disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning." The text following the revised definition of a mental disorder acknowledges that this criterion may be especially helpful in determining a patient's need for treatment. Use of information from family members and other third parties (in addition to the individual) regarding the individual's performance is recommended when necessary.” (APA, 2013:21)

Sin embargo, ya se ha comprobado que, en la práctica, las y los psiquiatras suelen considerar a quienes tienen un diagnóstico positivo como sujetos susceptibles de tener problemas a la hora de tomar decisiones por sí mismos, principalmente cuando estas decisiones se oponen a las recomendaciones del profesional.

El DSM-5 deja en manos del criterio del psiquiatra⁷⁷ la valoración del paciente como autónomo o no y la realidad indica que cuando un/a psiquiatra, tras su valoración, diagnóstica un trastorno mental a su paciente, amenudo deja de valorarlo como sujeto plenamente autónomo. De esto se puede concluir que si bien el análisis de la definición de trastorno mental redactada para el DSM-5 no permite vincular la presencia de un trastorno mental con la ausencia de autonomía, la interacción entre manual y el ejercicio del criterio de las y los profesionales de la disciplina –sobre el que delega esta cuestión el DSM– sí permite relacionarlos en cierta medida.

Aunque la cuestión de la relación trastorno mental-autonomía pueda ser interesante no se corresponde con el objetivo del presente análisis, cuya pretensión es elucidar cómo se entiende la autonomía en el DSM-5. Ya se ha explicado con anterioridad que el concepto de autonomía se encuentra necesariamente vinculado al de identidad, por lo que puede resultar más útil para dicho objetivo analizar qué concepto de identidad maneja este manual.

A diferencia de lo que sucede con el concepto de autonomía, el de identidad se define de manera explícita en el DSM-5. En el apéndice, en el apartado “Glossary of Technical Terms” se puede leer la siguiente definición de identidad:

Identity: Experience of oneself as unique, with clear boundaries between self and others; stability of self-esteem and accuracy of self-appraisal; capacity for, and ability to regulate, a range of emotional experience. (APA, 2013: 823)

⁷⁷ Pese a que no se hable de autonomía y se haga de “controlar el propio comportamiento” (APA, 2014: 25) esta aclaración es interesante: “Nonclinical decision makers should also be cautioned that a diagnosis does not carry any necessary implications regarding the etiology or causes of the individual's mental disorder or the individual's degree of control over behaviors that may be associated with the disorder. Even when diminished control over one's behavior is a feature of the disorder, having the diagnosis in itself does not demonstrate that a particular individual is (or was) unable to control his or her behavior at a particular time.” (APA, 2013: 25)

El manual entiende la identidad como la “experiencia de uno mismo como único, con los límites claros entre el individuo y los demás; estabilidad de la autoestima y exactitud de la autoevaluación; capacidad y habilidad para regular una gama de la experiencias emocionales. 2014: 825” (APA, 2014:825). Si se presta atención a esta definición no resulta difícil apreciar que hay ciertos aspectos de ella que resultan, cuanto menos, cuestionables.

Como se ha comprobado, en las últimas décadas se vienen cuestionando y criticando ciertos aspectos propios de la concepción tradicional de la identidad humana. Tanto la experiencia en diferentes ámbitos de interacción de los seres humanos, como la investigación en ciencias cognitivas, parece rechazar la idea del yo o de la identidad como un ente aislado, coherente y plenamente racional.

Resulta llamativo, en este sentido, que el DSM se mantenga impermeable a esa tendencia y no haya realizado modificaciones en esa dirección. Este manual dice nutrirse de las investigaciones y descubrimientos en neurociencias, y sin embargo mantiene una definición de identidad bastante alejada de lo que muchos especialistas de este ámbito vienen destapando.

Que la definición hable de la identidad “como la experiencia de uno mismo con claras fronteras entre el yo y los otros” evidencia una clara oposición respecto a los resultados en neurociencias que se han presentado en este trabajo. Que se entienda la identidad como algo aislado de su contexto y de los otros resulta difícil de justificar a la luz de lo que vienen mostrando numerosos estudios del área de las neurociencias. La influencia del contexto en la constitución de la identidad parece ya poco cuestionable, hasta tal punto que resulta complicado trazar una frontera entre el yo y su entorno cuando cada vez parece estar más probado que las interacciones entre ambos son constantes y recíprocamente constituyentes. Como se viene viendo en este trabajo, la concepción relacional e interactiva de la identidad goza de gran sustento actualmente en el ámbito de la ética médica, por lo que la falta de adaptación de la concepción del DSM-5 a este hecho resulta problemática.

Del mismo modo, “la estabilidad y precisión de autoestima y autoevaluación” parece un ideal difícil de alcanzar para la mayoría de seres humanos. La inestabilidad en estas cuestiones es algo bastante inherente a la

condición humana y, en principio, todo hace pensar que a la mayoría nos costaría satisfacer este criterio, ya que se trata de aspectos que varían en cuestión de días, horas, o incluso minutos. Igualmente controvertido resulta hablar de “capacidad para, y habilidad para regular un rango de experiencia emocional”. Son innumerables y muy relevantes los factores inconscientes que son parte indivisible de nuestra naturaleza a los que no tenemos acceso y que alteran significativamente nuestras emociones, autoestima y autoevaluación. Cualquier pequeño detonante habitual en el desarrollo diario de una vida humana puede desencadenar reacciones naturales de este tipo. Sin embargo, la identificación o autorreconocimiento con nuestras acciones y decisiones y la coherencia de estas con nuestro autoconcepto o autoimagen parecen acercarse más a una idea alcanzable de identidad

El estrecho vínculo entre los conceptos de identidad y de autonomía permite extraer de la presencia de esta definición en el manual ciertas conclusiones que resultan muy útiles a la hora de completar y confirmar las hipótesis extraídas en el análisis sobre el concepto de autonomía del DSM-5 que se está realizando en este trabajo.

Del análisis textual del concepto de autonomía realizado en el DSM-5 se ha extraído la conclusión de que, en este manual, no se define explícitamente qué se entiende por autonomía –con los problemas que esto supone–, pero, en sus diversas apariciones, la autonomía aparece asociada a conceptos como independencia, autosuficiencia, invulnerabilidad y competencia. Además, posteriormente se ha comprobado que, para las y los especialistas en psiquiatría, la independencia puede considerarse como un sinónimo de autonomía en el contexto del DSM-5. La definición de identidad que se acaba de examinar viene a confirmar esos rasgos a los que se añaden otros como individualidad, estabilidad y gobierno de la razón sobre las emociones. La conjunción de estas pequeñas conclusiones invita a pensar que la concepción de autonomía utilizada por el manual es bastante cercana a la que suele llamarse concepción estándar de autonomía y que parece verse superada en el contexto actual.

Se ha visto con anterioridad cómo los resultados de numerosas investigaciones neurocientíficas se unen a las voces de muchos bioeticistas

que vienen reclamando desde hace años la necesidad de entender la autonomía de un modo más relacional o interactivo y de dar un mayor peso a los factores emocionales o inconscientes. El manual mantiene un concepto de identidad y de autonomía, por extensión, que se encuentra alejado de algunos de estos resultados en neurociencia. De hecho, el comprobado vínculo entre independencia y autonomía induce a pensar que el distanciamiento entre el concepto de autonomía del DSM-5 y los resultados en bioética y neurociencia examinados en este trabajo puede ser mayor aún que el existente entre estos y el concepto estándar.

Una forma de comprobar esta realidad es observando muchos de los criterios diagnósticos utilizados para algunas de las categorías de diagnóstico del manual. Es ciertamente razonable pensar que si se entendiera la autonomía de manera interactiva y corporeizada no tendrían cabida en el manual algunos de los criterios diagnósticos que éste utiliza. El caso más evidente se da en la categoría diagnóstica de los trastornos de la personalidad de los grupos B y C, en donde muchos de los criterios enumerados para su diagnóstico están relacionados con la naturaleza de las relaciones interpersonales del sujeto y con su gestión de las emociones.

Este hecho evidencia que ciertos comportamientos alejados de la idea de identidad y de autonomía estándar que sigue el manual son considerados como patológicos. Si, como parece, en el DSM-5 se entiende la autonomía como algo cercano a la independencia, no resulta sorprendente que comportamientos que muestren ausencia de independencia puedan ser considerados como patológicos. Estas cuestiones se abordarán con mayor profundidad en el último capítulo de este trabajo.

Son dos las conclusiones generales que se pueden extraer de este análisis y, ambas conllevan riesgos difíciles de asumir. La primera es que el hecho de que no se defina qué se debe entender por autonomía o cómo se debe evaluar y valorar la autonomía de los pacientes que se ponen en manos de las y los profesionales psiquiátricos, implica que se dé pie a que cada psiquiatra realice estas tareas basándose en sus ideas, creencias y opiniones particulares. Por lo que no proporcionar ninguna noción, herramienta o criterio al respecto a las y los psiquiatras conlleva el peligro de que estos apliquen su

noción personal para evaluar el estado de la autonomía del paciente, y que establezcan conclusiones, valoraciones, diagnósticos o incluso tratamientos con ese único fundamento.

Además, por lo visto hasta ahora, parece que el uso de los conceptos de autonomía e identidad que el DSM-5 realiza no es del todo adecuado para esa labor. En esta situación de deficiente conceptualización, la asimetría propia de la relación entre médico y paciente permite a los primeros hacer uso de su criterio personal para determinar la ausencia de autonomía de sus pacientes y poder rechazar así las opiniones en cuestiones tan delicadas como las negativas al tratamiento. En el caso de que utilicen el manual para orientar esa determinación, es probable que ésta no sea coherente con lo que se sabe actualmente acerca del ejercicio de la autonomía.

3.3 Recapitulación

En el primer apartado de este tercer capítulo (3.1), se ha comprobado que el concepto de autonomía es de gran relevancia para la psiquiatría tanto por su trascendencia en la relación psiquiatra-paciente, como por su estrecha relación con los trastornos mentales. Precisamente por esa razón destaca como una deficiencia preocupante la falta de atención dedicada a su conceptualización en este contexto.

Este hecho se ha visto reflejado en el segundo apartado del presente capítulo (3.2), en el que, al tratar de elucidar cómo se entiende la autonomía en el DSM-5, se ha comprobado que, además de que el manual no proporciona una definición del concepto, las referencias a éste son escasas. Tras analizar el contexto de esas referencias y su uso –además de otros aspectos como la definición de la identidad– se ha podido constatar que este manual utiliza una concepción de la autonomía poco relacional y corporeizada, cercana al concepto de independencia. Este resultado se ha visto reforzado con la comprobación de que, en la edición española del manual, el término “independencia” se traduce como “autonomía” en varias ocasiones.

En el primer capítulo del presente trabajo, se ha propuesto entender la autonomía como el ejercicio y permanencia de una identidad

intersubjetivamente construida mediante interacciones entre el estado corporal –resultante de la interacción entre factores conscientes e inconscientes– y el entorno –incluyendo otros seres humanos. Además, se ha considerado que las acciones y decisiones de un sujeto se considerarán autónomas si pueden interpretarse como una manifestación de esa identidad. Si lo son, no habrá problemas de coherencia entre ellas y la autorrepresentación o autoconcepto del sujeto, problemas característicos de algunos de los trastornos mentales examinados. Este trabajo, propone solventar las deficiencias detectadas en este apartado en base a esta concepción de la identidad y la autonomía.

El establecimiento de ese concepto de autonomía, tendría probablemente repercusiones sobre la relación entre psiquiatra y paciente. Considerando que el consentimiento informado es la representación de la autonomía en esa relación, se presume como necesaria la adaptación de éste a la naturaleza del nuevo concepto propuesto. De esta manera, se busca que la relación asistencial se adapte, por un lado, a las vicisitudes del contexto psiquiátrico y, por otro, al conocimiento actual acerca del proceso deliberativo.

Como se ha visto en el primer capítulo, las investigaciones al respecto revelan que tanto las interacciones con el entorno y los individuos que lo conforman, como los factores inconscientes tienen un peso mayor en ese proceso del que se les suponía tradicionalmente. Por ello, esta reconceptualización de la autonomía será más inclusiva con las relaciones interpersonales y con lo emocional e instintivo.

Dentro del proceso de consentimiento informado, la evaluación de la capacidad tiene implicaciones éticas y legales de gran relevancia para el sujeto evaluado y, por lo tanto, podría ser interesante proporcionar a los psiquiatras una formación en bioética que les ayude en la adecuada realización de dicha tarea. Otra opción recomendable en este contexto es delegar esa responsabilidad en los comités de ética, habitualmente compuestos por expertos y expertas que suelen estar familiarizados con estas cuestiones. Aun así, sigue planteándose como interesante la elaboración y establecimiento de una herramienta de evaluación de la capacidad válida y fiable que pueda implementarse de manera generalizada y que, lógicamente, deberá estar configurada en base a la definición previamente establecida.

Este desarrollo del concepto de capacidad no sería el único aspecto en el que el consentimiento informado se vería afectado por la reconceptualización de la autonomía. Además, podría resultar útil añadir a las condiciones que establece el consentimiento informado (información, voluntariedad y capacidad) una cuarta condición: la identificación o satisfacción con la decisión, que quizás podría sustituir a la de voluntariedad.

Otra conclusión principal extraída de este capítulo es que los trastornos de la personalidad de los grupos B y C se vinculan, mayoritariamente, a alteraciones de la identidad y la autonomía. Como se ha señalado ya, el análisis del DSM-5 revela que los conceptos de identidad y autonomía que en él se utilizan son poco interactivos y escasamente corporeizados –hasta el punto de que esta última parece igualarse a la independencia. La conjunción de estos dos resultados hace intuir que la sustitución de esos conceptos por unos más cercanos a la concepción defendida en este trabajo podría tener consecuencias importantes sobre la clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, especialmente en lo relativo a trastornos de la personalidad.

4. Probables implicaciones del cambio en la conceptualización de la autonomía para la psiquiatría y el DSM

En la primera parte de este trabajo se ha comprobado que, aunque no existe un concepto de autonomía establecido o unificado en la ética médica, el que ha predominado tradicionalmente –y al que se ha hecho referencia como concepto estándar– no resulta adecuado ni coherente con el conocimiento actual al respecto. Por ello, se ha propuesto entender la autonomía de un modo que se relacione mejor tanto con las vicisitudes del contexto médico como con los resultados extraídos de las ciencias experimentales.

Más tarde, se han analizado las dificultades que ha tenido la psiquiatría para definir su actividad y objeto, y se ha verificado la naturaleza sociocultural del DSM, un manual cuyas sucesivas ediciones se han configurado en base a las ideas predominantes en cada momento histórico. Y, finalmente, se ha concluido que el concepto de autonomía está tan estrechamente vinculado a la psiquiatría como poco desarrollado en ella. Se ha concluido además, tras analizar el texto del DSM-5, que el concepto de autonomía utilizado en él es poco relacional y corporeizado, y muy cercano al concepto de independencia.

Llega ahora el momento de combinar estas conjeturas para comprobar si el establecimiento del concepto de autonomía propuesto en la primera parte de este trabajo tendría implicaciones significativas sobre la práctica psiquiátrica en general, y sobre el DSM en particular. Si se trata de un concepto fundamental para el desarrollo de la actividad, y para la definición y diagnóstico de algunos trastornos mentales, todo hace indicar que un cambio en la manera de entenderlo podría tener repercusión en esas cuestiones.

4.1 Cambios en la relación psiquiatra-paciente

4.1.1 En la concepción de autonomía y el consentimiento informado: la inclusión de la perspectiva en primera persona

Se ha visto que, debido al estrecho vínculo existente entre identidad y autonomía, la definición de la primera resulta determinante para la de la segunda. La manera en que se conceptualiza la autonomía depende de cómo se entienda la identidad. Se ha propuesto entender la identidad como una representación de nosotros mismos construida intersubjetivamente a lo largo de la vida, mediante interacciones entre el estado corporal, resultante de la interrelación entre factores conscientes e inconscientes, y un entorno del que forman parte otros individuos. Se trata de una identidad que será única y particular en cada ser humano, debido a que será el producto de toda esa red de interacciones que serán diferentes en cada uno de ellos o ellas.

En este trabajo se entiende la autonomía como una manifestación de esa identidad, como el ejercicio y la permanencia a través del tiempo de esa identidad, y, por lo tanto, la forma en que ésta se ejerza variará de un individuo a otro. Además de a esa individualidad y diversidad, la autonomía dará cabida, de esta forma, tanto a los factores inconscientes como a las relaciones con el entorno y los individuos que se encuentran en él.

La primera implicación que tendría la aplicación del concepto de autonomía defendido en este trabajo sería la de cubrir el vacío existente en lo que respecta a una definición unificada de este concepto, limitando así el amplio espacio interpretativo del que hacen uso los y las psiquiatras. Su aceptación permitiría establecer una definición unificada de autonomía para la psiquiatría, de cuya aplicación se derivarían todas las demás implicaciones.

Para empezar, parece evidente que la unificación del concepto de autonomía ayudaría a mejorar la fiabilidad diagnóstica, ya que de esta forma se reduciría el peso que tiene en la evaluación la ideología o formación particular de cada psiquiatra. Además, el establecimiento del concepto de autonomía propuesto tendría también implicaciones directas sobre el consentimiento informado.

Como se ha visto, el propósito del consentimiento informado es garantizar la autonomía del paciente a la hora de decidir sobre cuestiones que atañen a su salud. Según el concepto de autonomía expuesto, una decisión será autónoma si puede considerarse como una manifestación de la identidad del sujeto. Independientemente del peso que tengan en la decisión los factores emocionales, la opinión del médico o de personas de su entorno, se considerará que la decisión es autónoma si resulta coherente con esa construcción intersubjetiva que es la identidad del paciente.

Resulta necesario matizar que, cuando se habla aquí de coherencia, se hace referencia a la coherencia entre la representación o construcción –es decir, la identidad– y la actuación del individuo. En ningún caso se hace alusión a la coherencia interna entre las diversas actuaciones del sujeto. Tal y como se entiende en este trabajo, la incoherencia puede ser un rasgo de la identidad, de tal modo que si un sujeto se caracteriza por ser incoherente en sus actuaciones, actuar de ese modo no tiene por qué verse como una alteración de su identidad, y, mucho menos aún si a él no se lo parece.

Caleb Dewey (2016) hace referencia a este fenómeno al que él denomina “multipolaridad”. La visión de este autor, aunque expresada en otros términos –y con ciertos matices diferentes⁷⁸– va de la mano con lo que se acaba de plantear. Él llama “interno” a lo que para nosotros es una manifestación de la identidad y “externo” a lo que el individuo percibe como algo impropio de sí mismo y explica que la incoherencia entre esas diferentes partes o polaridades del sujeto no implica necesariamente un problema, ya que el sujeto puede percibir todas ellas como parte de sí mismo. Además, especula con la posibilidad de que la ausencia de esa percepción, es decir, la interpretación, por parte del sujeto, de alguna de esas partes como ajena o externa, pueda ser lo que suceda en el caso de los trastornos disociativos.

La persona promedio que experimenta diferentes partes de sí mismo pero se siente cómoda con su multipolaridad, puede experimentar sentimientos internalistas hacia todas las partes de sí mismo, de tal manera que todos se sientan como internos, incluso aunque no sean coherentes. Por lo tanto,

⁷⁸ Ya se ha hablado de la propuesta de este autor en el apartado 1.4.2.

este nuevo enfoque puede permitir también que múltiples y mutuamente incoherentes grupos sean internos. (Dewey, 2016: 18)

Por otro lado, ese carácter intersubjetivo hace que la identificación del paciente con su decisión no dependa exclusivamente su valoración, sino que el entorno más cercano, o un psiquiatra con una relación estrecha con el paciente pueden participar en dicha valoración. Sin embargo, de acuerdo con lo visto ahora, sí que se presume como importante conceder un lugar a la valoración personal del paciente dentro de este proceso. Como se verá, todas las condiciones exigidas actualmente por el consentimiento informado dependen exclusivamente de una valoración externa.

Si, como se ha visto, la autonomía se corresponde con el ejercicio de la identidad, lo que debería asegurar el consentimiento es precisamente eso, la identificación y compromiso del paciente con su decisión. Por lo que, parece interesante pensar en otorgar al paciente cierto peso en la valoración de su decisión, en dar cabida, entre las condiciones establecidas por el consentimiento, a la perspectiva en primera persona.

El consentimiento informado está definido actualmente como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud” (BOE, 2002, 40127). Se comprueba con facilidad que los requisitos establecidos por esta definición para la consideración de una decisión como autónoma son la libertad, la voluntariedad, la consciencia, el pleno uso de las facultades –capacidad– y la información adecuada.

Algunas de esas condiciones, sin embargo, podrían perder su razón de ser tras establecerse la concepción de autonomía propuesta. Por ello, se analizarán ahora estas condiciones para comprobar su pertinencia a la luz de la nueva concepción de autonomía y si existe la necesidad de añadir alguna diferente.

- Libertad: el concepto de libertad es tan amplio y ha sido tan tratado que resulta difícil elucidar de qué manera se entiende en el consentimiento informado. Si consideramos que se conceptualiza como la

capacidad del individuo para actuar de la manera que quiera en relación a esa decisión, esta condición no supondría ninguna traba. Otra cosa es que se entienda la libertad en términos de liderazgo de la razón y ausencia de influencias externas, caso éste en el que sí se encontrarían más dificultades para justificar su presencia como requisito.

- Voluntariedad: del mismo modo que con la condición anterior, la pertinencia de este requerimiento depende, en gran medida, de cómo se entienda el concepto de voluntad. Una voluntad en la que se incluyan los factores inconscientes o emocionales, y las influencias externas podría ser considerada, sin problema alguno, como un requisito necesario para la presencia de la autonomía. Por el contrario, un concepto de voluntad más restrictivo, que excluya esos factores y comprenda únicamente la elección en términos racionales y conscientes, no sería compatible con lo que se viene viendo en este trabajo.

- Consciencia: la pertinencia de esta condición es la más claramente cuestionable. Se ha visto a lo largo de este trabajo que el peso de lo inconsciente y de sus interacciones bidireccionales con lo consciente es demasiado relevante en el proceso deliberativo como para excluirlo. Por ello, no tiene sentido la exigencia de que la decisión se haya tomado de modo consciente para que ésta sea considerada como autónoma. Tal y como se propone entender la autonomía aquí, la presencia de este requisito en el consentimiento informado sería innecesario.

- Información adecuada: esta condición resulta, a todas luces, indispensable para que el sujeto pueda dar su consentimiento de manera autónoma.

- Pleno uso de las facultades: lo necesario de esta condición, que suele igualarse a la presencia de capacidad por parte del individuo, también depende de cómo se defina este concepto que se ha comprobado como problemático. Si se toma la definición general de la OMS (2001: 16) que ya se ha visto⁷⁹, su presencia como requisito no sería problemática.

⁷⁹ La OMS, mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define la capacidad como “la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción” (OMS, 2001: 16).

Eso sí, habría que determinar el modo en que esa “aptitud” a la que la definición hace referencia se evalúa. Esta cuestión, se tratará más adelante.

Se ha comprobado antes, además, que las y los especialistas en bioética suelen condensar esa definición del consentimiento informado en el cumplimiento de tres condiciones necesarias: información, voluntariedad y capacidad (Simón, 2008; Seoane, 2013; Ortiz, 2009). Como se acaba de ver, a la luz de lo expuesto en este trabajo, esas tres condiciones pueden ser aceptadas siempre y cuando se entiendan en los términos propuestos. Sin embargo, habría que valorar si es necesario añadir alguna otra condición adicional y si, con ello, se puede prescindir de alguna de las anteriores.

Al analizar estas condiciones –tanto las establecidas por la definición del consentimiento informado, como las que señalan las y los especialistas en bioética– se aprecia que todas ellas están determinadas en tercera persona. En un artículo de julio de 2016, Caleb R. Dewey defiende la utilidad de que, a diferencia de lo que se ha hecho tradicionalmente, sea cada sujeto quien juzgue si sus acciones son autónomas o heterónomas. Este autor considera que esta evaluación en primera persona puede tener ventajas sobre a la estándar en tercera persona (Dewey, 2016) –como ya se ha mencionado en el apartado 1.4.2.

Si consideramos que la identificación con la decisión es un rasgo determinante de la autonomía, sería interesante evaluar qué condiciones pueden servir como indicador de dicho rasgo. Cabe repetir que esa identificación, aunque sí en gran medida, no parte exclusivamente del propio sujeto, sino que su entorno cercano también puede influir en la evaluación, determinando si dicha decisión le parece propia o impropia de él. Su familia o el/la psiquiatra pueden participar en la valoración y, para ello, es necesario que tengan un conocimiento profundo de la personalidad y vida del paciente. No es ese el único modo en el que los otros influyen, ya que los otros también son parte esencial en la construcción de ese autoconcepto en base al que se valorará el carácter autónomo o no de las decisiones y acciones del individuo.

Uno de los factores que se me ocurre que podría resultar útil añadir como requisito para el consentimiento es la satisfacción del paciente con la decisión

tomada. Considero que es obligación del profesional médico, psiquiatra en este caso, hacer lo posible porque el paciente tome la decisión de manera convencida y satisfactoria para él. Juega un papel esencial en este sentido la condición que cae bajo la responsabilidad del médico, es decir, el necesario requisito de que el paciente disponga de información adecuada para tomar la decisión.

Cuanta mejor información tenga el paciente a la hora de tomar la decisión, mayor será el grado de convicción y de satisfacción que podrá lograr con la decisión que tome. Al hablar de información no me refiero exclusivamente a cuestiones de tipo técnico o médico, sino a toda la información complementaria que pueda recibir el paciente tanto del médico como de su entorno o familiares, acerca de cuestiones que pueden tener que ver tanto con las consecuencias o repercusiones, como con el proceso que derivará de esa decisión. A la hora de aceptar un tratamiento, por ejemplo, una persona puede sentirse más convencida de la decisión si el o la médico le especifica y asegura cuestiones acerca del proceso y seguimiento, o si la familia le informa de su plena disponibilidad de tiempo y ganas de apoyarle y acompañarle.

Sin embargo, hay otras cuestiones que pueden ser de ayuda para lograr que el paciente se identifique más con su decisión, sintiéndose más satisfecho con ella. Una cuestión esencial en este aspecto será el de ampliar el espectro de opciones posibles para el paciente. La disponibilidad de más opciones no implica necesariamente mejores alternativas o más posibilidades de elección para el paciente. Sin embargo, ofrecer más opciones de calidad, opciones que se encuentren en el espectro intermedio entre el “sí” y el “no” al tratamiento, por ejemplo, puede jugar a favor del nivel de satisfacción del paciente con su decisión.

En este sentido, racionalizar la decisión cuando sea posible, dosificarla en distintas decisiones de menor calado, puede resultar muy útil para este objetivo. Por un lado, esto puede ayudar al paciente a procesar de manera más eficaz la información y consecuencias de cada aspecto o fase de la decisión general. Por otro, permite al paciente repensar la decisión y reevaluarla en momentos diferentes, comprobar si ésta es resultado o no de un momento o estado anímico puntual, y reafirmarse o reconducir el camino tomado, limitando

al máximo la posibilidad de no revertimiento de la decisión. Repetir la toma de decisión periódicamente una vez tomada la primera o, incluso, solicitar el consentimiento varias veces y en diferentes momentos, en la medida de lo posible, antes de darla por válida puede ser otro procedimiento de ayuda para asegurar la satisfacción e identificación del paciente con su decisión.

Por lo que, en resumen, creo que sería de ayuda añadir la condición de “satisfacción con la decisión tomada” para tratar de asegurar la identificación con la decisión tomada por parte del paciente y, con ello, la presencia de autonomía. Además, esta condición podría acabar con la necesidad de contar con otras peor definidas como es el caso de las ya analizadas “voluntariedad” y “libertad”.

Esto es así porque esas dos condiciones están establecidas con la pretensión de evaluar aspectos internos que, de ser accesibles, solo lo serán por el paciente. No tiene sentido evaluar cuestiones internas mediante condiciones que se evalúan de manera externa. Es decir, la perspectiva en primera persona que añade la condición que aquí se propone puede ser útil para evaluar esos aspectos que no son evaluables de manera externa, y permite prescindir de esas dos condiciones configuradas para la perspectiva en tercera persona.

La satisfacción del paciente con su decisión es suficiente y aglutina los aspectos útiles de esos dos conceptos tan amplios y controvertidos. Esta nueva condición satisface mejor las necesidades para la presencia del concepto de autonomía propuesto y deja de lado aspectos como la racionalidad y la individualidad, que pueden verse incluidos por algunas acepciones de “voluntariedad” y “libertad”, y que se han verificado como problemáticos.

Considero, por lo tanto, que las condiciones de Información, Capacidad y Satisfacción se relacionan mejor con el concepto de autonomía que se defiende en este trabajo. Esto no significa que no tenga en cuenta los aspectos problemáticos o dificultades que puedan surgir con su establecimiento, en especial, por lo controvertido de la introducción de la perspectiva en primera persona.

Lo que resulta evidente es que el proceso actual, tal y como está establecido, tiene deficiencias muy significativas, a las que el modelo propuesto podría responder. Este hecho, unido a las medidas propuestas y al compromiso ético del psiquiatra en la promoción de la satisfacción del paciente podría tener resultados interesantes. Además, para los casos problemáticos ya se ha defendido la necesidad de delegar una mayor responsabilidad en los comités de ética, dentro de los cuales habrá profesionales seguramente mejor preparados para valorar estas cuestiones relacionadas con conceptos como la identidad y la autonomía.

4.1.2 En las herramientas de evaluación de la capacidad

Otro de los ámbitos en los que el establecimiento del concepto de autonomía establecido en este trabajo podría tener repercusión es el referente a la evaluación de la capacidad. Como se ha visto, la capacidad es definida como “la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción” por la OMS (2001: 16), por lo que, en este caso, se correspondería con la aptitud para llevar a cabo el proceso del consentimiento informado.

Si se ha vinculado el consentimiento informado con la presencia de tres condiciones (información, satisfacción y capacidad) la capacidad tendría que estar vinculada a la aptitud para llevar a cabo las tareas requeridas para el cumplimiento de esas condiciones. Pese a que la ausencia de una herramienta oficial y con validez contrastada para la evaluación de la capacidad es una realidad, se ha comprobado que la *Mac-CAT-T (MacArthur Competence Assesment Tool)* es la de uso más extendido.

Esta herramienta ha sido recientemente traducida y validada para el español (Grisso y Applebaum, 2014). Aún así, debido a las limitaciones que han impedido su establecimiento oficial, es necesario seguir trabajando en generar una herramienta válida para la evaluación de la capacidad adaptada al contexto que se viene analizando, que sirva para asegurar la aptitud del sujeto para llevar a cabo las tareas exigidas para el correcto desarrollo de proceso de consentimiento informado y que limite el espacio interpretativo del que hacen uso las y los psiquiatras.

Dado que en este trabajo se propone una reelaboración del consentimiento informado en base a las condiciones de información, satisfacción y capacidad –derivado de una propuesta de concepto de autonomía ya pormenorizada–, la herramienta para la evaluación de la capacidad que se defendería aquí debería ser una con cuya valoración positiva se asegurase la aptitud para el desarrollo de las tareas que requiere el cumplimiento de esas condiciones. Si la condición de satisfacción resulta la más novedosa, por la inclusión de la visión de la primera persona, debería incluirse, seguramente, algún criterio de evaluación relacionado con ella.

La capacidad para mantener la decisión en el tiempo, o para explicar las consecuencias de la decisión asumida, podrían ser algunos criterios adecuados para esa cuestión. Sin embargo, la construcción de esa herramienta se aleja de los objetivos del presente trabajo, y requiere un análisis mucho más profundo de las vicisitudes de esta evaluación.

4.2 Cambios en el DSM

4.2.1 En la conceptualización de la autonomía y la identidad

Con anterioridad, se ha comprobado que el concepto de trastorno mental –tal y como lo entiende el DSM– tiene una dimensión cultural y valorativa y que los problemas derivados de la orientación que se ha dado en las últimas décadas a esa dimensión son importantes. Los cambios sufridos por el manual y su clasificación a lo largo del tiempo muestran que la ideología dominante en el contexto de cada una de las ediciones influye de manera significativa en su elaboración. Lo que en una edición es considerado como trastorno mental puede dejar de serlo en la siguiente, que a su vez incluirá nuevas categorías no presentes previamente. Estos cambios no siempre se deben a los avances del conocimiento científico, sino que los aspectos socioculturales propios de cada sociedad juegan un papel importante al respecto. Los casos de la homosexualidad, o el más reciente de la transexualidad, resultan paradigmáticos en este sentido.

El hecho de que no exista una definición de autonomía establecida, unido a que en el manual se utilice como algo equiparable a la independencia y a que

la definición de identidad del manual no sea coherente con el estado de conocimiento actual parece responder a esa realidad. La ausencia de la primera y la presencia desactualizada de la segunda solo encuentran justificación en razones de tipo valorativo o normativo. Este hecho, sumado a que ese aspecto cultural o valorativo del DSM se ha orientado de manera que contribuye a potenciar una psiquiatría con las problemáticas características ya analizadas (2.6), invita a pensar que tal vez la reconceptualización de estos conceptos podría ser de ayuda para mitigarlas.

Por ello, resultaría interesante establecer unas definiciones de estos conceptos más afines a lo que las investigaciones recientes vienen diciendo al respecto. De esta manera, se reduciría ese margen para lo valorativo, y se reorientaría esa tendencia en un sentido que podría ayudar a limitar la incidencia de los problemas presentados.

Tras analizar la definición de identidad del DSM-5 y sus problemáticos rasgos, se ha propuesto sustituirla por una más coherente con las ideas que se vienen defendiendo en este trabajo, es decir, por un concepto de identidad que incorpore las interacciones con el entorno y los demás sujetos y que, además, reconozca la relevancia de las emociones en su constitución. Por ello, se eliminaría la definición del DSM-5 en la que se entiende la identidad como “la experiencia de uno mismo como único, con claras fronteras entre el yo y los otros; estabilidad del autoestima y precisión de la autovaloración; capacidad para, y habilidad para regular un rango de experiencia emocional” (APA, 2013:823), para establecer la siguiente:

Identidad: representación de nosotros mismos construida intersubjetivamente a lo largo de la vida, mediante interacciones entre el estado corporal, resultante de la interrelación entre factores conscientes e inconscientes, y un entorno del que forman parte otros individuos. Ésta será única y particular en cada ser humano, debido a que es el producto de toda esa red de interacciones que serán diferentes en cada uno de ellos/as.

Del mismo modo, debido a que se entiende la autonomía como el ejercicio y permanencia de esa identidad, se propone establecer una definición de autonomía que rellene el vacío existente al respecto en el DSM y en base a la cual se pueda articular de manera clara y coherente la delimitación entre lo

normal y lo patológico y, consiguientemente, la clasificación de los trastornos mentales. Una vez comprobada la relevancia de este concepto, se puede vislumbrar la repercusión que podría tener el establecimiento de su definición. Previamente, en la primera parte de este trabajo, se ha presentado una definición de autonomía en los siguientes términos:

Autonomía: ejercicio y permanencia de una identidad intersubjetivamente construida mediante interacciones entre el estado corporal –resultante de la interacción entre factores conscientes e inconscientes– y el entorno –incluyendo otros seres humanos. Las acciones y decisiones del sujeto se considerarán autónomas si pueden interpretarse como una manifestación de esa identidad.

Las repercusiones del establecimiento de estos conceptos con sus respectivas definiciones pueden ser varias. Por un lado, parece razonable pensar que esa unificación puede ayudar en la potenciación de la fiabilidad diagnóstica, ya que, cuanto más claramente definidas queden estas cuestiones, menos lugar habrá para la ideología particular de cada psiquiatra, y mayor será la probabilidad de que diferentes profesionales coincidan en su diagnóstico y valoración del paciente.

Del mismo modo, el hecho de que las concepciones propuestas sean más inclusivas y tolerantes con la diversidad –al dar mayor cabida a las diversas formas de gestionar las emociones y la naturaleza relacional del sujeto– quizás pueda contribuir a reducir la inflación diagnóstica a la que se ha hecho referencia con anterioridad. Si es mayor el número de comportamientos que pueden ser considerados como una manifestación de la identidad particular del sujeto sin representar una patología, también será menor el número de individuos cuyas actuaciones sean susceptibles de ser consideradas como patológicas.

Debido a la estrecha relación entre la identidad/autonomía y algunas categorías de trastornos mentales, es probable que la clasificación del DSM sufriera alteraciones con la reconceptualización propuesta. El establecimiento de estas definiciones podría ayudar a identificar con mayor claridad cuáles son esas categorías y la naturaleza de esa relación. Es decir, definir claramente qué es la identidad y qué es la autonomía permite presentar con mayor

precisión qué trastornos mentales están relacionados con una alteración de cualquiera de las dos y también qué es y qué no es una alteración de ese tipo.

Si hay un grupo de trastornos cuya relación con la identidad y la autonomía resulta destacada este es el de los trastornos de la personalidad. Especialmente los trastornos de los grupos B y C de esta categoría diagnóstica parecen estar vinculados con lo que, al menos en base a los conceptos estándar, se han considerado alteraciones de la identidad y la autonomía. Por este motivo, a continuación se prestará especial atención a las modificaciones que puede sufrir la clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales del DSM-5 en lo relativo a esos grupos de trastornos.

4.2.2 En la conceptualización y clasificación de los trastornos de la personalidad

Como se ha comprobado, los trastornos de la personalidad reúnen ciertas características que los convierten en una categoría candidata a sufrir modificaciones en caso de reconceptualizar la autonomía en el sentido que aquí se propone. Como en este apartado se pretende intentar analizar si un cambio en la concepción de autonomía que utiliza el DSM-5 implicaría cambios sobre la clasificación o el diagnóstico de los trastornos mentales propuestos por el manual, considero que esta categoría puede ser el objeto más interesante para esa tarea.

Mi elección de este grupo de trastornos en particular se fundamenta en distintas razones que me hacen conjeturar que pueden ser especialmente susceptibles de sufrir alteraciones. La primera es que los trastornos de la personalidad son considerados por muchos como “trastornos morales” debido a su particular naturaleza. Esa naturaleza controvertida, como se verá, se percibe ya desde el análisis de su definición. Es precisamente éste otro de los motivos que invitan a decantarme por estos trastornos, y es que, al definirlos, no se habla en ningún momento de “disfunción” o alguna otra causa orgánica. Un análisis superficial de los criterios de diagnóstico vinculados a ellos me confirma que tampoco se mencionan aspectos de este tipo en ellos y que, la

inmensa mayoría de ellos están relacionados con la gestión de las emociones y las relaciones interpersonales.

Los trastornos de la personalidad son definidos en la página 645 del DSM-5 de la siguiente manera:

A personality disorder is an enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual's culture, is pervasive and inflexible, has an onset in adolescence or early adulthood, is stable over time, and leads to distress or impairment." (APA, 2013: 645).⁸⁰

Si se compara esta definición con la previamente examinada definición de los trastornos mentales que se presenta al inicio de la clasificación (APA, 2013: 20) se puede comprobar claramente que existe una incoherencia entre ambas. En la definición general de los trastornos mentales se explica que todos los trastornos mentales clasificados en el manual son resultado de una disfunción y, sin embargo, en la de los trastornos de la personalidad no se hace referencia al concepto de "disfunción", ni a ningún otro de carácter naturalista. Resulta aún más llamativo por el hecho de que la última parte de la definición de los trastornos mentales hace referencia explícita a la necesaria presencia de esa disfunción para que un comportamiento pueda considerarse como manifestación de un trastorno mental, ante el riesgo de patologizar un comportamiento solo porque se diferencie de lo habitual en su sociedad:

Socially deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above. (APA, 2013: 20)⁸¹

Estos comportamientos, matizados como socialmente desviados y no como trastornos por no ser resultado de una disfunción en el individuo, no se

⁸⁰ Traducción: "Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro." (APA, 2014: 645)

⁸¹ Traducción: "El comportamiento desviado socialmente (p. ej. político, religioso o sexual) y los conflictos que se dan principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales excepto que la desviación o el conflicto sea resultado de una disfunción en el individuo, como se describe arriba." (APA, 2014: 20).

diferencian demasiado de lo que, como acabamos de ver, luego se define como trastorno de la personalidad. Se trata de una incoherencia difícilmente tolerable y para cuya resolución existen unas vías bastante determinadas.

Una posibilidad pasa por modificar la definición de trastornos mentales, es decir, definirlos en otros términos de modo que los trastornos de la personalidad puedan tener cabida en dicha definición. Así, el manual debería renunciar al concepto de disfunción o a cualquier otro que implique la presencia de una causa orgánica como necesaria para la existencia de un trastorno mental, y explicar los trastornos mentales en términos de explícitamente normativos. Es decir, habría que adaptar la definición general para que después se pudieran definir claramente los trastornos de la personalidad en base a criterios normativos sin caer en una incoherencia.

Otra vía de solución consiste en modificar la definición de los trastornos de la personalidad, incluyendo en ella una referencia a la necesaria presencia de una disfunción para que un comportamiento pueda ser considerado como tal. Esta modificación tendría consecuencias importantes sobre la posterior clasificación de este tipo de trastornos, ya que parece probable pensar que muchos comportamientos, e incluso categorías, tendrían que ser excluidos de los márgenes de este grupo de trastornos. Del mismo modo, resulta razonable pensar que muchos individuos, con comportamientos que ahora caen dentro de las categorías pertenecientes a este grupo de trastornos, quedarían fuera de ellas por no satisfacer sus criterios de diagnóstico.

La resolución más rápida y drástica pasaría por eliminar los trastornos de la personalidad del manual al no cumplir con las exigencias que se establecen en la definición de los trastornos mentales presentada al inicio de éste.

Más allá de las posibles soluciones a este problema de coherencia interna que se evidencia en el manual, lo que parece claro al comprobar esta particularidad es que los trastornos de la personalidad se encuentran muy estrechamente vinculados al aspecto valorativo, normativo o cultural de la enfermedad del que se viene hablando en este trabajo.

Este hecho, unido a que ya se ha comprobado que su vínculo con la identidad y la autonomía es tan estrecho que muchos autores llegan a

denominarlos como trastornos de la identidad o la autonomía, hace que los trastornos de la personalidad destaquen entre el resto de categorías como los más susceptibles de sufrir alteraciones con la reconceptualización de la autonomía sobre la que se pretende explorar en este apartado.

Para facilitar esa labor, he seleccionado dos trastornos específicos a someter al análisis. Se trata del *Borderline Personality Disorder* y del *Dependence Personality Disorder*, ejemplos de los trastornos de la personalidad del grupo B el primero y de los del grupo C el segundo. El desarrollo de este análisis superficial será el siguiente: se examinarán individualmente tanto la definición como los criterios de diagnóstico asociados a estos trastornos y se evaluará su relación con la autonomía y la posibilidad de que se vieran modificados si ésta se reconceptualizara de la forma propuesta.

4.2.2.1 Ejemplo 1: El trastorno de la personalidad límite

El trastorno de la personalidad límite es presentado en el DSM-5 en los siguientes términos:

A pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by five (or more) of the following: (...) (APA, 2013: 663)⁸²

Lo primero que se percibe al observar la definición es que este trastorno se vincula, precisamente, a los aspectos más problemáticos de la concepción de autonomía estándar y en torno a los que giran las modificaciones propuestas. Conceptos como “inestabilidad”, “relaciones interpersonales”, “afectos” o “impulsividad” quedan fuera de lo que el concepto estándar de autonomía entiende como tal, pero, no está tan claro que no puedan ser considerados como propios de un comportamiento autónomo si se utilizara un concepto de autonomía que en este trabajo se propone.

⁸² Traducción: “Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:” (APA, 2014: 663)

Para continuar explorando esta cuestión resulta de utilidad prestar atención a esa lista de criterios de los que, al menos 5, deben ser cumplidos para determinar la presencia de este trastorno. Los criterios de diagnóstico enumerados en el trastorno de la personalidad límite son los siguientes (APA, 2013: 663, 2014:663):

1. *Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment. (Note: Do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in Criterion 5.)* / Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)

2. *A pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation.* / Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

3. *Identity disturbance: markedly and persistently unstable self-image or sense of self.* / Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. *Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (e.g., spending, sex, substance abuse, reckless driving, binge eating). (Note: Do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in Criterion 5.)* / Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)

5. *Recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior.* / Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.

6. *Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days).* / Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

7. *Chronic feelings of emptiness.* / Sensación crónica de vacío.

8. *Inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger (e.g., frequent displays of temper, constant anger, recurrent physical fights).* / Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. *Transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms.* / Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Los criterios 1, 2 y 3, relacionados con las relaciones interpersonales, serían susceptibles de sufrir alteraciones o de desaparecer si se entendiera la identidad en los términos defendidos en este trabajo.

El primero, relacionado con la necesidad de evitar la sensación de abandonamiento, parece presuponer que la necesidad de sentirse unido a otros, justificada o no, es un rasgo patológico que en conjunción con otros cuatro de los criterios enumerados implica la presencia de este trastorno. Parece que la no independencia es considerada como un criterio para detectar esta trastorno mental. Esta conclusión está vinculada con una interpretación individualista de la identidad “con los límites claros entre el individuo y los demás” (APA, 2014: 825) y quizás por ello se conciba como problemática la necesidad de diluir esas fronteras, de no poder vivir de manera individualista. También la inclusión del segundo de los criterios, según cómo se interprete, puede estar relacionada con esa idea de la identidad como entidad aislada y estable independiente de los demás.

Resulta especialmente problemático el tercero, que hace referencia a una inestabilidad de la identidad, característica que no tiene por qué suponer una amenaza para la autonomía del sujeto ni, por lo tanto, un síntoma de la presencia de un trastorno mental. A la luz de lo propuesto en este trabajo, la inestabilidad y la incoherencia pueden ser rasgos representativos de una identidad, y solo serán problemáticos, precisamente, cuando no sean coherentes con esa construcción intersubjetiva que es la identidad, o cuando el sujeto no los sienta como propios.

Este tercer criterio, junto con el 4, el 6, el 7 y el 8, también parece estar influenciado por la idea de la identidad como algo racional, estable y

emocionalmente equilibrado que se presenta en la definición de identidad del manual (APA, 2013: 823) y cuyas deficiencias ya se han analizado en un apartado anterior. Teniendo en cuenta que la definición de los trastornos de la personalidad da por hecho que estos criterios no tienen causa anatómico-patológica y que solo se fundamentan sobre cuestiones de tipo socio-cultural, una reconceptualización de las ideas socialmente predominantes respecto a lo normal y esperable en relación a la identidad y a la autonomía cuestionaría seriamente su presencia en el manual.

De los nueve criterios que se establecen como síntoma de la presencia del trastorno de la personalidad límite, siete verían seriamente comprometida su permanencia en esa lista si se pasaran a entender la identidad y la autonomía del modo propuesto, porque, además de no implicar en ningún caso la presencia de la disfunción necesaria a la que se alude en el manual, dejarían de ser interpretados como una alteración de la identidad y la autonomía. Los dos que permanecerían –por ir contra la vida– serían insuficientes para llegar al número de cinco criterios satisfechos que se exige en la definición de este trastorno. Esa definición, además, tendría que ser totalmente remodelada, si no eliminada, debido a su alusión casi exclusiva a los problemáticos rasgos que ya se han mencionado.

La exploración de la naturaleza del trastorno de la personalidad límite o *Borderline Personality Disorder* parece indicar que, de utilizar el concepto de autonomía propuesto en este trabajo, esta categoría de diagnóstico debería de ser, como mínimo, totalmente reconceptualizada en términos que no hagan alusiones de ese tipo a las relaciones interpersonales y a la gestión de las emociones. Lo que parece más claro es que muchos de los individuos que caen dentro de esta categoría por satisfacer cinco de los criterios enumerados quedarían fuera de ella con esta reconceptualización de la autonomía. De modo que es razonable conjeturar que una reelaboración más tolerante y menos restrictiva del concepto de autonomía –y del de identidad– tendría implicaciones importantes sobre esta categoría y, al menos, reduciría el número de diagnósticos positivos asociados a ella.

4.2.2.2 Ejemplo 2: El trastorno de la personalidad dependiente

El trastorno de la personalidad dependiente es definido en el DSM-5 de la siguiente manera:

A pervasive and excessive need to be taken care of that leads to submissive and clinging behavior and fears of separation, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by five (or more) of the following: (...) (APA, 2013: 675)⁸³

Esta definición hace referencia, exclusivamente, a la necesidad del individuo de ser cuidado y lo relaciona con el comportamiento sumiso y miedo a la separación de éste. La única razón que determina la presencia del trastorno de la personalidad dependiente está vinculada directamente con una necesidad bastante inherente a la condición humana –más a la de unos que a la de otros– que no implica, como se ha visto, una falta de autonomía. Si la autonomía se entiende de forma relacional e interactiva, esta definición pierde todo su sentido. Es cierto que hace alusión a que ese patrón de conducta debe ser “generalizado y excesivo”, pero no lo es menos que estos conceptos son claramente vagos y subjetivos y su determinación quedará, una vez más, únicamente en manos de un psiquiatra ubicado en una posición de poder respecto al paciente.

A lo largo del presente trabajo se ha comprobado que la autonomía no es sinónimo de independencia y que hay sujetos que pueden ser autónomos dependiendo más o menos de los demás. Si la autonomía es un claro indicador de salud y lo que se asocia a la presencia de este trastorno de la personalidad es una alteración de la identidad o la autonomía, no parece que los rasgos descritos por la definición impliquen alteración alguna de este tipo. Solo la equiparación de la autonomía y la independencia que el manual parece sostener justifica la presencia de un trastorno definido en estos términos.

El carácter unifactorial de la definición hace prever que todos los criterios de diagnóstico estarán relacionados con esa misma cuestión. Ahora se prestará atención a ellos para comprobar que esto es así. La lista de criterios

⁸³ Traducción: “Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos: (...)” (APA, 2014: 675)

de diagnóstico asociados a la categoría de trastorno de la personalidad dependiente es la siguiente (APA, 2013: 675, 2014: 675):

1. *Has difficulty making everyday decisions without an excessive amount of advice and reassurance from others. / Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la reafirmación excesiva de otras personas.*
2. *Needs others to assume responsibility for most major areas of his or her life. / Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.*
3. *Has difficulty expressing disagreement with others because of fear of loss of support or approval. (Note: Do not include realistic fears of retribution.) / Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (Nota: No incluir los miedos realistas de castigo.)*
4. *Has difficulty initiating projects or doing things on his or her own (because of a lack of self-confidence in judgment or abilities rather than a lack of motivation or energy). / Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).*
5. *Goes to excessive lengths to obtain nurturance and support from others, to the point of volunteering to do things that are unpleasant. / Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.*
6. *Feels uncomfortable or helpless when alone because of exaggerated fears of being unable to care for himself or herself. / Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.*
7. *Urgently seeks another relationship as a source of care and support when a close relationship ends. / Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.*
8. *Is unrealistically preoccupied with fears of being left to take care of himself or herself. / Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.*

En el caso de este trastorno, todos los criterios establecidos para su diagnóstico están estrechamente vinculados con la autonomía en sus

diferentes dimensiones. Los tres primeros criterios tienen que ver con el peso que los otros tienen en la toma de decisión del individuo y en su capacidad para responsabilizarse de su vida. La presencia de estos criterios se debe al hecho de que el manual, como se ha visto, entiende la autonomía en términos individualistas y muy cercanos a la independencia. Sin embargo, al dar cabida a los otros en la propia autonomía sin que esto suponga una amenaza para ello –como se propone en el presente trabajo– quedaría bastante cuestionada la presencia de estos criterios. Si consideramos que un individuo no es más o menos autónomo en función de que necesite en mayor o menor medida de los otros, sino que su grado de autonomía depende de su capacidad para ejercer su identidad y de su identificación con lo que hace, es probable que estos tres primeros criterios sean suprimidos. Como se viene defendiendo en este trabajo, la identidad personal es de carácter interactivo, se construye en relación con el entorno y con los otros y, el peso que los demás tienen en ella es algo gradual que varía de un individuo a otro.

Esta concepción de la identidad y de la autonomía también pone en cuestión la pertinencia de los criterios 4, 5, 6, 7 y 8. Todos ellos están relacionados con una necesidad de apoyo y de relación con los otros, y con el consiguiente miedo a su pérdida. La presencia en el manual de este tipo de criterios viene determinada, una vez más, por el concepto de identidad definido en el DSM-5. Si se entiende la identidad como la “experiencia de uno mismo como único, con los límites claros entre el individuo y los demás; estabilidad de la autoestima y exactitud de la autoevaluación; capacidad y habilidad para regular una gama de las experiencias emocionales” (APA, 2014:825) resulta comprensible la consideración de que un comportamiento divergente al establecido por esa definición sea interpretado como problemático –e incluso patológico como aquí se hace.

Precisamente por eso, parece congruente interpretar que si se deja de entender la identidad del modo tan individualista, racional y aislado en que el manual lo interpreta y la neurociencia viene rechazando, es probable que ninguno de los criterios establecidos para el diagnóstico del trastorno de la personalidad dependiente tenga razón de ser; como tampoco lo tendría su definición y, por extensión, su presencia en el manual. En base a lo explorado,

se podría concluir que si el manual utilizara el concepto de autonomía propuesto en este trabajo –o uno que, del mismo modo, sea relacional o interactivo– sería probable la desaparición de esta categoría de diagnóstico, y los individuos que actualmente caen bajo este diagnóstico quedarían libres de él.

4.3 Impacto sobre los problemas asociados a la psiquiatría

En el segundo capítulo se ha comprobado que la psiquiatría actual se encuentra asociada a diversas deficiencias y problemas que han provocado que sus fundamentos y actividad se vean cuestionados. Una vez presentada la propuesta de reconceptualización de la autonomía que se defiende en este trabajo, es el momento de evaluar la repercusión que tendría el cambio propuesto en el presente trabajo sobre estos problemas. Se especulará ahora acerca de qué impacto tendría sobre los principales problemas asociados a la psiquiatría la sustitución del concepto de autonomía utilizado en el DSM-5 por el propuesto en este trabajo.

Fronteras no definidas: la falta de una frontera definida entre lo normal y lo patológico ha sido un problema al que se ha enfrentado la psiquiatría, prácticamente, desde su constitución. Tampoco en el DSM-5 se presenta un criterio válido solventar este problema, ya que, como se ha visto, el de “disfunción” no parece ser adecuado para dar respuesta a esa cuestión.

El establecimiento de las definiciones de identidad y autonomía propuestas puede resultar de ayuda para limitar este problema. Su primera consecuencia en este sentido es que quedará más claro qué se entiende por identidad y qué por autonomía y, por lo tanto, si, como parece, existen trastornos mentales vinculados a alteraciones de alguna de ellas, será mucho más fácil determinar qué supone y qué no una alteración de este tipo y consiguientemente qué puede considerarse normal y qué no.

En relación con esto, se sostiene aquí que quizás resultaría de ayuda incluir la alteración de la autonomía en la definición de los trastornos mentales como uno de los criterios que determinan la presencia de un trastorno mental, si es que luego la clasificación incluye alguna categoría en la que se cumple

este rasgo, como parece ser el caso en la quinta edición. Si no se incluye este criterio en la definición, se estará cometiendo una incoherencia introduciendo una categoría de diagnóstico que no cumple con lo expresado en la definición general, por lo que la alternativa sería eliminar estas categorías.

De ambas maneras se contribuiría a clarificar esa frontera entre lo que es considerado un trastorno mental y lo que no.

Comorbilidad: tras comprobar que en lo relativo al DSM, desde hace varias ediciones, la comorbilidad es una característica predominante, tiene sentido valorar ahora si alguna de las propuestas de este trabajo tendría impacto sobre esta realidad. Lo primero que se debe señalar al respecto es que, aunque la introducción de diagnóstico y clasificación dimensional parece ser la modificación que podría tener una mayor utilidad para la mitigación de este problema, la confección de un modelo de este tipo excede las ambiciones de este trabajo.

Sin embargo, lo comentado respecto al problema precedente puede servir también para evaluar la repercusión que esta propuesta tendría sobre la comorbilidad. Parece razonable pensar que definir claramente la identidad, la autonomía y los trastornos que tienen que ver con ella, puede contribuir a la simplificación y la clara separación de categorías.

Esto resulta especialmente relevante si se tiene en cuenta que los trastornos de la personalidad son los asociados a mayores tasas de comorbilidad. Se ha visto que estos trastornos son los más estrechamente vinculados a la identidad y la autonomía, por lo que la modificación y definición de estos conceptos tiene repercusión directa sobre lo que se incluye y excluye de esas categorías. Gana crédito, por lo tanto, la creencia en que una mejor definición de estas problemáticas categorías, o incluso, la eliminación de alguna de ellas, puede contribuir a reducir el fenómeno de la comorbilidad.

La subcategoría trastorno no especificado: resulta difícil establecer una conclusión certera en cuanto a la aportación que podría representar esta propuesta para la solución del problema representado por esta categoría. Si bien es cierto que, en teoría, la clarificación y definición más estricta de categorías como los trastornos de la personalidad sería un impulso en una

dirección favorable a la desaparición de esta subcategoría, no se le ha prestado en este trabajo la atención suficiente a esta cuestión como para estar en disposición de concluir que las modificaciones aquí propuestas ayudarían a su eliminación.

Inflación de diagnósticos: la aceptación de la diferencia y la diversidad como propiedades inherentes a la condición humana es, sin duda, una de las ideas impulsadas por la propuesta que aquí se presenta. La promoción de un concepto de autonomía más inclusivo y tolerante con las diversas formas en las que se manifiestan las emociones y se relacionan con su entorno los individuos es uno de los fundamentos de este trabajo. Por este motivo, es altamente probable que el establecimiento de la propuesta presentada en este trabajo pueda ser útil para combatir la inflación de diagnósticos.

La aceptación como normales de un número más elevado de comportamientos es favorable a la reducción del número de diagnósticos positivos. De esta manera, no parece demasiado audaz concluir que la reconceptualización de la identidad y la autonomía que aquí se defiende ayudaría a combatir el problema que supone la inflación de diagnósticos por la que se ha caracterizado la psiquiatría desde hace décadas.

Si la actividad psiquiátrica ha ido orientada en este sentido en la última época ha sido precisamente por la ideología que la subyace desde el ya examinado momento de la elaboración del DSM-III. Los cambios propuestos en este trabajo reducen, en cierto modo, el espacio de esa ideología ya que naturalizan los conceptos de identidad y autonomía en base al estado de conocimiento actual. La denuncia de la naturaleza normativa de algunos conceptos o criterios presentados como naturalistas en el manual viene a demostrar lo infundado de etiquetar ciertos comportamientos no necesariamente problemáticos como patológicos. Los trastornos de la personalidad parecen ser especialmente sensibles a este hecho, por lo que, como se verá más adelante, se podría intuir que con las modificaciones propuestas en este trabajo su clasificación y diagnóstico podrían sufrir modificaciones en una dirección que contribuiría a reducir su prevalencia.

Medicalización: del mismo modo, resulta factible pensar que si se desarrollaran los cambios propuestos en este trabajo se reduciría el problema

de la elevada medicalización de la población. En base a lo concluido acerca del problema anterior este hecho parece probable, ya que si se reduce el número de diagnósticos positivos también lo hará el número de personas susceptibles de ser medicadas.

Por otro lado, las modificaciones conceptuales propuestas también podrían tener implicaciones sobre el tratamiento de algunos trastornos. Este es el caso de los trastornos de la personalidad a los que se prestará atención más adelante. Si, como parece, la conceptualización propuesta en este trabajo podría contribuir a reducir la prevalencia de estos trastornos, indirectamente, también tendría implicaciones sobre la medicalización. La reducción de la prevalencia de este tipo de diagnósticos para cuyo tratamiento suele recetarse medicación, parece que implicaría también la reducción del uso de esa medicación.

Normalización: recientemente se ha mencionado que la aceptación y promoción de la diversidad individual es una de las ideas impulsadas por la propuesta presentada en estas páginas. La defensa de la naturalidad de la significativa influencia de las emociones y el entorno sobre la razón y el proceso deliberativo es una forma de reivindicación de la diferencia y un ataque contra la tendencia a reducir el rango de comportamientos normales asociada a la psiquiatría.

Resulta evidente que las propuestas realizadas en este trabajo son, por definición, contrarias al proceso de normalización propio de la psiquiatría actual. El desarrollo de los cambios que estas implican favorecería la tolerancia de la psiquiatría hacia comportamientos que, según lo aquí expuesto, no tienen por qué ser reflejo de la presencia de una patología.

Estigmatización: el estigma asociado a los trastornos mentales es una realidad con un anclaje cultural demasiado fuerte como para poder ser erradicada únicamente a través de ciertas modificaciones sobre el manual que los diagnostica. Como se ha comprobado, la estigmatización de carácter público es la que provoca, en gran medida, el autoestigma.

A pesar de ello, parece obvio que el establecimiento de modelos dimensionales podría ser de ayuda para esta tarea, ya que ayudaría a

comprender la naturaleza gradual de los trastornos mentales, a entenderlos como una parte del continuo entre normalidad y patología. Pero, como se acaba de comentar, la elaboración de modelos de este tipo trasciende las pretensiones de este trabajo.

Las modificaciones propuestas en este trabajo pueden resultar de ayuda a la hora de desdramatizar la presencia de los trastornos mentales y eliminar ciertos tópicos asociados a ella. La defensa de la naturaleza sociocultural de ciertos criterios presentados como científicos en el manual, quizás ayude a que los diagnosticados pasen a ser considerados como individuos no tan diferentes en esencia al resto de la población.

Validez: uno de los factores más directamente relacionados con la falta de validez del manual es el carácter valorativo y subjetivo de las definiciones y criterios diagnósticos de muchas categorías. Como se ha visto con anterioridad, son multitud las y los especialistas que acusan al DSM de basarse en normas de tipo social o valorativo, e incluso de utilizar fundamentos cuestionados por la ciencia (*British Psychiatric Association*, 2011; Ghaemi, 2013).

En este trabajo se ha comprobado que además del científicamente cuestionado criterio de disfunción, la última edición del manual parece basarse en unas concepciones de identidad y autonomía poco coherentes con lo que numerosos especialistas en bioética y neurociencia vienen comprobando. La propuesta de modificación de esos conceptos que aquí se presenta está orientada, precisamente, a solventar esa carencia.

Con toda probabilidad, existen bastantes más conceptos y criterios con un sustento científicamente cuestionable y que, fundamentados en aspectos valorativos de dudosa legitimidad, atentan contra la validez de diversas categorías de diagnóstico del DSM-5. Sin embargo, la reducción de la carga valorativa de estos dos conceptos –identidad y autonomía– puede interpretarse como una contribución favorable a la validez. Si bien es cierto que ese cambio sería insuficiente para asegurar la validez del manual en general, quizás si tendría repercusión sobre los trastornos mentales que más se fundamentan en ellos.

Los trastornos de la personalidad del DSM-5, especialmente algunos de ellos, parecen fundamentarse en esos rechazados conceptos de identidad y autonomía, por lo que el cambio de estos y su definición en términos más transparentes parece recomendable para la potenciación de su validez diagnóstica. Del mismo modo si, como se ha visto, este cambio podría ser de ayuda para reducir la comorbilidad y para la correcta delineación de esta categoría –al ser éste otro elemento necesario para la consecución de la validez diagnóstica– se podría pensar que los cambios propuestos en este trabajo también podrían contribuir a la validez en ese sentido.

Conflictos de interés: este problema es difícilmente combatible a través de modificaciones de tipo teórico o conceptual. Solo podría resolverse con una mayor regulación del proceso de elección de las personas que elaboran el manual. Un mayor control sobre sus vínculos y relaciones de interés con las farmacéuticas y demás entidades que pueden obtener beneficios derivados del resultado de su trabajo se exige como condición necesaria para combatirlo. Examinar en profundidad esas redes de relaciones e impedir la participación en el desarrollo del DSM de personas con vínculos de ese tipo sería imprescindible para terminar o, al menos, reducir este problema.

Más allá de esto, siendo generosos, podría reconocerse que los cambios aquí propuestos irían, al menos, en dirección favorable para la reducción del impacto de este problema. Debido a que las principales consecuencias de esta controvertida realidad son la inflación de diagnósticos y la creciente medicalización de la población –problemas ambos que podrían ser limitados en caso de ser desarrollados los cambios aquí propuestos–, quizás se podría extraer esta moderada conclusión.

Internamientos (y tratamientos) involuntarios: tampoco este problema sería, en principio, sobre el que mayor impacto tendría la propuesta defendida en este trabajo. Aún así, el carácter más inclusivo del concepto de autonomía permitiría, seguramente, aumentar el porcentaje de personas con una valoración positiva de la capacidad y por lo tanto, a respetar la opinión de un mayor número de pacientes. La aquí defendida necesidad de la elaboración de una herramienta válida –y fundamentada en esta forma de entender la

autonomía– para evaluar la capacidad de los pacientes se presume de interés para este objetivo.

Del mismo modo, la modificación del consentimiento informado que se propone, con la inclusión de la perspectiva en primera persona, puede resultar de utilidad para otorgar un mayor protagonismo a la opinión de los pacientes. Ambas modificaciones, contribuirían a aumentar el control de los pacientes sobre el proceso, con lo que quizás se reduciría el número de casos en los que su opinión es rechazada.

Trastornos de la personalidad: el impacto de las propuestas de este trabajo sobre esta categoría de diagnóstico sería de gran trascendencia. La estrecha relación existente entre los conceptos de identidad/autonomía y este tipo de trastornos parece sobradamente comprobada, por lo que resulta sencillo advertir que una modificación de este calado en esos conceptos fundamentales para su diagnóstico tendría repercusiones significativas orientadas a combatir algunos de los numerosos problemas y deficiencias asociadas a esta categoría. Más allá de sus posibles repercusiones sobre la limitación de su prevalencia y comorbilidad, a las que ya se ha hecho alusión, la principal aportación de esta propuesta estaría relacionada con la controvertida naturaleza de esta categoría de trastornos.

Se ha explicado que los trastornos de la personalidad, los trastornos mentales más relacionados con criterios de tipo sociocultural y valorativo, se incluyen en un manual que clasifica los trastornos mentales bajo una definición general que pretende ser de tipo naturalista. Esta incoherencia, que se ve potenciada al comprobar que la definición particular de la categoría se construye en términos opuestos, viene a confirmar la problemática y conflictiva naturaleza de esta categoría de trastornos.

De acuerdo a lo propuesto en este trabajo, sería necesario o bien redefinir la clasificación general de manera que pueda dar cabida a categorías de diagnóstico en las que el trastorno responde a criterios de tipo sociocultural o valorativo; o, de lo contrario, rediseñar la categoría de trastornos mentales en base a criterios más coherentes con lo que la neurociencia parece mostrar actualmente.

La primera solución sería de ayuda para evidenciar la naturaleza sociocultural de algunos de estos trastornos mentales y la segunda, probablemente, reduciría de manera significativa su prevalencia. La tercera, implicaría la supresión de estas problemáticas categorías y mediante ella se conjugaría los objetivos de las dos primeras.

5. Conclusiones y resultados

Como se ha expuesto desde sus primeras páginas, el presente trabajo tenía el objetivo de analizar el papel que juega el concepto de autonomía en la psiquiatría en general y en el DSM-5 en particular, para después explorar las implicaciones que un cambio en esa concepción podría tener sobre ellos. Con ese objetivo principal de guía, se ha tratado de dar respuesta a diversas cuestiones necesarias para poder extraer conclusiones útiles al respecto.

En el primer capítulo se ha intentado elucidar cómo se entiende mayoritariamente la autonomía en la bioética y la ética médica, al entender que es el uso más cercano al de una psiquiatría entendida como especialidad médica. Se ha comprobado en este sentido que la multiplicidad de acepciones de autonomía es un problema ampliamente asumido en la bioética. Aun así, se ha concluido que es posible hablar de la existencia de un concepto estándar de autonomía en la bioética, si bien éste está lejos de ser aceptado como adecuado por las y los especialistas en la materia.

Este concepto estándar se fundamenta sobre tres condiciones sin cuya aceptación difícilmente puede ser validado: la existencia de una jerarquía de deseos, la racionalidad y la ausencia de influencias externas de carácter inconsciente en el proceso de toma de decisión. Tras examinar numerosos estudios e investigaciones realizados en neurociencias, se ha comprobado que la existencia de algunas de esas condiciones resulta bastante cuestionable. Concretamente, se ha visto cómo a pesar de que la presencia de la primera condición podría ser aceptada con algunas matizaciones, las dos siguientes se encuentran con obstáculos aparentemente insalvables para su aceptación.

El rechazo de ese concepto estándar por parte del conocimiento extraído de las neurociencias va acompañado, además, de la crítica de quienes en su práctica diaria comprueban su carácter inadecuado y limitado. Aprovechando el

debate acerca de la autonomía surgido con la publicación de la versión en castellano de la obra de Alfred Tauber *Confesiones de un médico* (2011) se ha analizado la visión que tienen acerca del controvertido concepto de autonomía algunas y algunos especialistas en ética médica. Pese a la dificultad que supone la ya mencionada multiplicidad de conceptos existente en este ámbito, se ha podido concluir que, en términos generales, las críticas dirigidas por este sector coinciden con las limitaciones detectadas por la neurociencia. La necesidad de que se establezca un concepto de autonomía de carácter más relacional o interactivo y en el que se dé valor a la experiencia personal y la singularidad de cada sujeto son los reclamos principales de la bioética.

Además, se ha revisado la visión de Nietzsche sobre la naturaleza y la agencia humana para comprobar su utilidad para la construcción de un nuevo concepto de autonomía adecuado al contexto actual y que supere las limitaciones detectadas en el estándar. Su visión corporeizada del ser humano, su reconocimiento del importante rol que juegan los factores inconscientes en la agencia humana, la relevancia que concede a las relaciones entre el ser humano y su entorno para su configuración personal, y el carácter particular e innormalizable de la identidad resultante de todo ello, lo convierten en una fuente interesante para el propósito de este trabajo.

Toda esta información ha sido tenida muy en cuenta para la confección de una propuesta de conceptualización de la autonomía. Se trata de un concepto de autonomía interactivo, corporeizado y particular, según el cual la autonomía se define como el ejercicio y permanencia de una identidad dinámica e intersubjetivamente construida mediante interacciones entre el estado corporal –resultante de la interacción entre factores conscientes e inconscientes– y el entorno –en el que se incluyen otros seres humanos⁸⁴.

Como puede comprobarse, en esta definición se alude a otro complejo concepto como el de identidad. En la reflexión previa a la construcción del concepto de autonomía, se ha comprobado como ineludible la tarea de prestar atención al concepto de identidad por su estrecha relación con la autonomía. Se considera aquí que la manera en la que se entienda la identidad resulta

⁸⁴ Este concepto ha sido desarrollado en mayor profundidad en el apartado 1.4.2.

determinante para la comprensión de la autonomía, ya que la segunda deriva de la primera.

Ese estrecho vínculo, esa evidente relación entre ambos conceptos ha provocado que también se haya defendido en este trabajo una determinada forma de entender la identidad. Tal y como se ha explicado con respecto al concepto de autonomía, también se ha considerado conveniente tener en cuenta las aportaciones de expertas y expertos en la materia para la confección de un concepto de identidad del que se deriva el de autonomía. Así, entendiendo siempre la identidad como una construcción precaria, abierta y dinámica, se ha propuesto su definición en los siguientes términos: la identidad es una representación dinámica construida interactivamente a través del tiempo mediante interacciones entre el estado corporal –resultante de la interrelación entre factores conscientes e inconscientes- y el entorno, incluyendo otros seres humanos⁸⁵. De manera que, el concepto de autonomía propuesto en este trabajo trata de difuminar los límites entre el mundo interno y el mundo externo y, por lo tanto, entre el yo y los otros. Como puede verse, en la definición, también se pretende modificar la relación tradicional entre consciente e inconsciente, presentándola como una interacción de carácter bidireccional. Además, se ha recurrido al concepto de autorreconocimiento para proporcionar a este concepto de identidad la cohesión o unidad necesaria ante la mencionada eliminación de los límites de cuerpo y conciencia.

Esta propuesta de conceptualización de la autonomía que puede considerarse, probablemente, como el resultado principal del primer capítulo, se ha dejado de lado temporalmente en un segundo capítulo en el que se centra la atención en la psiquiatría y el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) para tratar de desnudar su naturaleza problemática y normativa. Al inicio del mismo, se ha explicado el papel dominante que juega el DSM en el ámbito de la psiquiatría, para después realizar un recorrido a través de sus sucesivas ediciones hasta llegar a la más reciente, el DSM-5 (2013).

El repaso a los cambios producidos de una edición a otra del manual, en función del contexto en que se situaba cada una, ha permitido comprobar la

⁸⁵ Este concepto ha sido desarrollado en mayor profundidad en el apartado 1.4.2.

naturaleza sociocultural de este producto tan relevante. El hecho de que los cambios producidos en el contexto sociopolítico, cultural, o ideológico de cada una de las épocas en las que fueron publicadas estas ediciones tuviera repercusión sobre las mismas se ha valorado como una prueba de que su configuración no responde, únicamente, a avances en el conocimiento psiquiátrico.

Ha destacado, en este sentido, la revolución que supuso la aparición del DSM-III (1980). En esta polémica edición se añadieron ochenta y tres nuevas categorías a las 182 que clasificaba la anterior publicada apenas doce años antes y cambió por completo el enfoque del manual. Se ha podido analizar cómo los importantes cambios sociales que se estaban produciendo en la época, unidos a diversos fenómenos de tipo político y económico contribuyeron a que se iniciara una nueva estrategia en un intento por devolver la legitimidad a una psiquiatría que estaba viendo amenazada su posición como ciencia. Así surgió la psiquiatría de enfoque biomédico que sigue vigente hoy en día y que se ve reflejada también en la última edición del DSM.

Por lo que he podido comprobar, esta estrategia, lejos de mantener protegida de la crítica a la actividad psiquiátrica, ha provocado el efecto contrario. Una de las causas que se ha considerado como relevantes para que esto suceda es la dificultad que ha tenido la psiquiatría, tradicionalmente, para definir su objeto. Al repasar algunas propuestas con las que se ha tratado de diferenciar lo normal de lo patológico, se ha comprobado que ninguna de ellas parece gozar de la validez y el sustento necesarios. Del mismo modo, se ha visto cómo este problema se ve reflejado en el DSM, ya que las definiciones de trastorno mental que se han venido presentando en el manual hasta su última edición están lejos de satisfacer las condiciones necesarias para poder tener validez.

Esta carencia, la imposibilidad con la que choca la psiquiatría para encontrar un criterio válido de diferenciación de lo normal y lo patológico, parece estar detrás de las principales limitaciones y problemas que la crítica le achaca. En la parte final de este segundo capítulo se han repasado los problemas más importantes a los que se enfrenta la psiquiatría actual y la fortaleza de los argumentos que la crítica a la psiquiatría utiliza para

denunciarlos. Fenómenos como la inflación de diagnósticos, la ausencia de validez diagnóstica o la creciente medicalización de la población son los suficientemente peligrosos como para situar a la psiquiatría en una posición cuestionada.

El tercero de los capítulos de la tesis surge con la intención de analizar la relación entre el concepto de autonomía que ha protagonizado el primer capítulo y la psiquiatría, los trastornos mentales y el DSM en los que se ha centrado el segundo. Se ha comprobado, por un lado, que la autonomía juega un papel importante en la relación psiquiatra-paciente y, por otro, que su relación con los trastornos mentales es bastante estrecha. Esta confirmación de la importancia del concepto de autonomía para la psiquiatría y la clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales del DSM-5 contrasta con la relativa falta de atención recibida por el concepto en este ámbito.

Resulta llamativo comprobar que ni en la relación psiquiatra-paciente fundamentada en el proceso de consentimiento informado, ni en el DSM-5 es posible encontrar una definición de autonomía pese al peso que el concepto parece tener en ambos contextos. Además, el análisis del uso que se da a los conceptos de identidad y autonomía en el DSM-5 revela que éste tiene carencias importantes, ya que parece igualarse a la independencia y comparte debilidades con el concepto estándar analizado al comienzo del trabajo.

Por ello, se confirma la importancia de definir y establecer un concepto de autonomía adecuado para la psiquiatría. La confirmación del relevante papel que juega la autonomía en este contexto, unida a la comprobación de su deficiente conceptualización invita a pensar que el establecimiento del concepto de autonomía interactivo, corporeizado y particular propuesto en este trabajo tendría repercusión tanto sobre la relación psiquiatra-paciente, como sobre el DSM-5.

La elucidación de esas repercusiones es el objetivo del cuarto y último capítulo de esta tesis doctoral. En el caso de la relación psiquiatra-paciente se ha concluido que este cambio de concepción de autonomía quizás provocaría que se vieran modificadas las condiciones exigidas para el cumplimiento del consentimiento informado y, probablemente, también las herramientas de evaluación de la capacidad que aún no han conseguido establecerse en base a

su validez. Cabe explicar en este sentido que, como se verá más adelante, el diagnóstico de un trastorno mental no implica la ausencia de capacidad, por lo que el consentimiento informado también tiene presencia en la psiquiatría. La aplicación de lo presentado en el primer capítulo ha dado como resultado, en este último, una propuesta inclusión de la perspectiva en primera persona en el proceso de consentimiento informado.

Por otro lado, tras comprobar que los trastornos de la personalidad son, según multitud de expertas y expertos, trastornos de la autonomía, se ha considerado útil explorar si este cambio de concepción de autonomía tendría repercusión sobre ellos. El análisis textual de los criterios especificados por el DSM-5 para el diagnóstico y clasificación del trastorno de la personalidad límite y del trastorno de la personalidad dependiente parece indicar que, efectivamente, la adopción del concepto de autonomía aquí propuesto podría tener implicaciones significativas sobre el manual, en especial en lo relacionado con estos trastornos de la personalidad.

Respecto a la naturaleza de estas implicaciones, debido al carácter más inclusivo y tolerante con la diversidad de comportamientos propia de la naturaleza humana que caracteriza al concepto de autonomía aquí propuesto, parece congruente pensar que su establecimiento en el manual permitiría a más sujetos quedar libres del diagnóstico positivo. Si se da cabida a más comportamientos dentro de lo que se considera como autónomo, más individuos podrían ser considerados como normales y por lo tanto, ser despatologizados.

Precisamente eso es lo que se pretende conjeturar en el apartado final de esta tesis: cómo podría afectar el establecimiento del concepto de autonomía propuesto en este trabajo a los problemas y críticas asociados a la psiquiatría que se han analizado anteriormente. Esta exploración de los probables efectos del cambio parece apoyar la idea de que varios de estos problemas podrían verse reducidos o limitados en el caso de que el cambio se produjese. Tal y como se acaba de explicar, parece que el cambio podría ayudar a despatologizar los comportamientos de individuos que, en base al DSM-5, serían considerados actualmente como enfermos mentales y, consiguientemente, a combatir algunos problemas como la inflación de

diagnósticos, la medicalización de la población o el carácter normalizador asociado al DSM-5 –y a la psiquiatría en general.

Este tipo de conjeturas, por su relevancia y naturaleza, requieren de una investigación de carácter empírico para ser confirmadas. Esta es, quizás, la mayor limitación del presente trabajo, que el análisis de las implicaciones del cambio se ha realizado en un plano exclusivamente teórico, fundamentado principalmente en un análisis textual, argumentativo y conceptual.

Al mismo tiempo, parece claro que esta limitación representa una de las vías de desarrollo más naturales para el trabajo realizado en esta tesis doctoral. Una vez realizado el análisis del papel que la autonomía juega en la actividad psiquiátrica en general y en el DSM-5 en particular, y la debilidad e incoherencia de algunos de los fundamentos sobre los que estos se construyen, resultaría interesante poder comprobar mediante una investigación de carácter más empírico la verosimilitud de las conjeturas extraídas en la última parte de la tesis. La relevancia del DSM-5 como producto teórico es incuestionable, pero sería necesario analizar si el uso que hacen de él las y los profesionales en su actividad diaria es riguroso, si los criterios que establece son utilizados de manera estricta por las y los psiquiatras para sus diagnósticos o si estos se basan además en otro tipo de valoraciones. Solo de esta manera podría corroborarse la repercusión que tendría el establecimiento de los cambios conceptuales aquí propuestos.

Esta comprobación podría llevarse a cabo mediante la aplicación de estudios empíricos de tipo cualitativo y cuantitativo. La posibilidad de entrevistar a las y los psiquiatras encargados de realizar los diagnósticos de este tipo de trastornos mentales se plantea como una herramienta de utilidad para esta labor. Del mismo modo, el acceso a datos de tipo estadístico en los que puedan evidenciarse los criterios específicos utilizados en cada caso para el diagnóstico de estos trastornos podría servir para comprobar si las valoraciones guardan algún tipo de vínculo con una forma concreta de entender la autonomía.

Esta limitación se puede vislumbrar al evaluar las respuestas que la tesis proporciona a las preguntas u objetivos planteados a su inicio. Como se ha expuesto en la introducción, el objetivo principal de esta tesis era elaborar un

concepto de autonomía interactivo, corporeizado y particular –coherente con el estado de conocimiento actual en bioética y neurociencia– para comprobar si su uso en la psiquiatría y el DSM contribuiría a despatologizar algunos comportamientos. Para ello, se consideraba necesario cumplir una serie de objetivos en cada capítulo:

- En el capítulo 1: Elaborar un concepto de autonomía coherente con el conocimiento actual extraído desde la neurociencia y la bioética.
- En el capítulo 2: Comprobar si el DSM y los trastornos mentales que en él se clasifican tienen una dimensión ideológica o sociocultural que influye en la determinación de lo patológico –y, por lo tanto, en algunos de los problemas y críticas que se le asocian.
- En el capítulo 3: Elucidar el modo en que se entiende la autonomía en la psiquiatría y el DSM-5 y la naturaleza de su relación con los trastornos mentales.
- En el capítulo 4: Explorar las implicaciones que tendría el uso del concepto de autonomía propuesto en el primer capítulo sobre la psiquiatría, el DSM-5, y los problemas y críticas asociados a ellos.

Por lo visto hasta el momento, los tres primeros objetivos parecen haber sido cumplidos a lo largo de esta tesis. Sin embargo, como se acaba de explicar, al cuarto solo se le ha podido dar una respuesta de carácter teórico y conjetural que debería ser confirmada de manera empírica. Esta labor representa, además, de cara al futuro, la vía de desarrollo más evidente para este trabajo.

Cada uno de esos objetivos está vinculado con la obtención de un resultado concreto de investigación. De manera que, el primer capítulo tiene como principal resultado un concepto de autonomía interactivo, corporeizado y particular. En el segundo se ha conseguido un análisis de la naturaleza ideológica o sociocultural de las clasificaciones psiquiátricas y del DSM. La elucidación del concepto de autonomía que utiliza el DSM-5 y de su relación con los trastornos mentales que en él se clasifican es el principal resultado del tercer capítulo, en el que también se ha realizado una propuesta de modificación del proceso de consentimiento informado para la psiquiatría.

Finalmente, en el cuarto y último capítulo, se ha obtenido la confirmación teórica de que el cambio propuesto en la forma de entender la autonomía tendría influencia sobre la clasificación y diagnóstico del DSM-5, y también sobre los problemas y críticas asociados a este manual y a la psiquiatría que éste representa.

Estos resultados pueden ser de utilidad para rellenar el vacío existente en lo que respecta a la conceptualización de la autonomía en la psiquiatría y en el DSM-5. Además, su consideración puede resultar beneficiosa para la comprensión o, incluso, despatologización de la naturaleza de algunos patrones de comportamiento considerados actualmente como trastornos mentales –especialmente los de trastornos de la personalidad–, y para poder así establecer tratamientos más adecuados y menos problemáticos.

Por encima de todo, este trabajo ha estado impulsado por una convicción: los seres humanos somos seres emocionales, sociales y diversos. La psiquiatría actual, representada por el DSM-5, parece querer mostrarnos y tratarnos como seres racionales, independientes y normalizados. Si este trabajo ayuda a cuestionar algunos de los fundamentos sobre los que se asienta esa pretensión, si contribuye a que se miren con mayor escepticismo los presupuestos de esta ciencia, habrá cumplido con su objetivo.

Bibliografía

- Ahern, M. K. (2011). Self-reflexivity in the formulation of autonomy: An appeal from feminist cultural studies. *AJOB Neuroscience*, 2(3), 52-54.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-I)*.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-II)*.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-III)*.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-III-R)*.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV)*.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV-TR)*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5)*.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-5)*.
- Applebaum, P. S. y Grisso, T. (1988). Assessing Patient's Capacities to Consent to Treatment. *New England Journal of Medicine*, 319(25), 1635-8.
- Applebaum, P. S. y Roth, L. H. (1982). Competency to Consent to Research: a Psychiatric Overview. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 951-8.
- Aragona, M. (2009). The Concept of Mental Disorder and the DSM-V. *Dialogues in Philosophy Mental and Neuro Sciences*, 2(1), 1-14.
- Ariely, D. (2008). *Predictably irrational: The hidden forces that shape our decisions*. New York: Harper.
- Arrieta, I. (2012a). El compromiso ético de la medicina. A propósito de la obra de Alfred I. Tauber. *Revista Internacional De Humanidades Médicas*, 1(1), 41-47.
- Arrieta, I. (2012b). El ejercicio razonable de la autonomía del paciente. *Dilemata*, 8, 27-32.
- Arrieta, I. (2016). *Autonomía del paciente: una propuesta contextual y multidimensional de la autonomía en ética asistencial*. (Tesis doctoral). Euskal Herriko Unibertsitatea, Donostia.

- Aviram, U. y Segal, S.P. (1973). Exclusion of the mentally ill: Reflection on an old problem in a new context. *Archives of General Psychiatry*, 29, 126-131.
- Bacarlett, M. L. y Lechuga, A. (2009). Canghulhem y Foucault: de la normatividad a la normalización. *Ludus Vitalis*, 17(31), 65-85.
- Badre, D. (2008). Cognitive control, hierarchy, and the rostro-caudal organization of the frontal lobes. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(5), 193-200.
- Badre, D. y D'Esposito, M. (2009). Is the rostro-caudal axis of the frontal lobe hierarchical? *Nature Reviews Neuroscience*, 10(9), 659-669.
- Baldwin, M.L. y Johnson, W.G. (2004). Labor market discrimination against men with disabilities. *Journal of Human Resources*, 29, 1–19.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 729–735.
- Barden, G. (1997). De la acción moral a la teoría ética. *BiTARTE Revista De Humanidades*, 1(13), 29-44.
- Bartra, R. (2015) Comunicación personal. 17 de junio de 2015. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (2001, or 1979). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Ben Zeev, D., Young, M. A. y Corrigan, P. W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 19(4), 318-327.
- Bernal, L. (2016). *Aspectos éticos en torno a la inflación diagnóstica en salud mental*. (Tesis de máster). Universitat de Valencia, Valencia.
- Boorse, C. (1976). What a theory of mental health should be. *Journal of the Theory of Social Behaviour*, 6, 61-84.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44, 542-573.
- Boorse, C. (1997). A rebuttal on health. En Humber, J. F., Almeder, R. F. y Totowa, N. J. (Ed.), *What is Disease?* (p. 1-134). New Jersey: Humana Press.
- Braunstein, N. A. (2013). *Clasificar en Psiquiatría*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Braunstein, N. A., Pasternac, M., Benedito, G. y Saal, F. (1983 or. 1975). *Psicología: Ideología y Ciencia* (9ª ed.). México: Siglo XXI.
- Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A.S., Hayward, P., Richardson, G., ...Hotopf, M. (2005). Reability of mental capacity assessments in psychiatric in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 187, 372-8.

- Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Caponi, G. (2010). Análisis funcionales y explicaciones seleccionales en biología. Una crítica de la concepción etiológica del concepto de función. *Ideas y valores*, 143, 51-72.
- Caponi, S. (2010). Canguilhem: del cuerpo subjetivo a la localización cerebral. *Salud Colectiva*, 6, 149-161.
- Caponi, S. (2014). *Locos y degenerados: una genealogía de la psiquiatría ampliada*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Casado, A. y Etxeberria, A. (2014). Autonomía y enfermedad: Qué puede aportar la filosofía de la medicina a la bioética. En A. Casado da Rocha (Ed.), *Autonomía con otros: Ensayos de bioética* (p. 35-62). Madrid: Plaza y Valdés.
- Cassell, E. J. (2004). *The nature of suffering* (2ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Chase, V. M., Hertwig, R. y Gigerenzer, G. (1998). Visions of rationality. *Trends in Cognitive Sciences*, 2(6), 206-214.
- Christman, J. P. (1989). *The inner citadel: Essays on individual autonomy*. New York: Oxford University Press.
- Christman, J. P. (1991). Autonomy and personal history. *Canadian Journal of Philosophy*, 21(1), 1-24.
- Conill, J. (2013). La invención de la autonomía. *EIDON*, 39, 2-12.
- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.
- Corrigan, P. W. (2006). The impact of consumer-operated services on the empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57, 1493-1496.
- Corrigan, P. W., Faber, D., Rashid, F. y Leary, M. (1999). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*, 38, 77-84.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R.K., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J.; Mathisen, J., ... Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28, 91-102.
- Corrigan, P.W., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J. G. y Campbell, J. (2003). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 54, 1105-1109.

Cosgrove, L. y Krinsky, S. (2012). A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists. *PLoS Medicine* 9(3), e1001190.

Couceiro, A. (2012). Al hilo de las confesiones de un médico. *Dilemata*, 8, 33-43.

Custers, R. y Aarts, H. (2010). The unconscious will: How the pursuit of goals operates outside of conscious awareness. *Science*, 329 (5987), 47-50.

Damasio, A. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Putnam.

Damasio, A. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 351(1346), 1413-1420.

Dammann, G., Hügli, C., Selinger, J., Gremaud-Heitz, D., Sollberger, D., Wiesbeck, G. A., ... Walter, M. (2011). The self-image in borderline personality disorder: an in-depth qualitative research study. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 517-527.

Deci, E. L. y Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.

Decker, H. (2012). En Phillips, J. et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 1: Conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(3).

De Jaegher, H., Di Paolo, E. A. y Gallagher, S. (2010). Can social interaction constitute social cognition? *Trends in Cognitive Sciences*, 14(10), 441-447.

De Pena, L., Fajardo, A., Guida, S., Larrosa, O., Machado, M., Menéndez, M. F., ... Wschebor, M. (2014). Análisis y reflexiones desde una mirada bioética, en la práctica clínica psiquiátrica, a propósito de un caso. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78(1), 31-41.

De Sousa, R. (1990). *The rationality of emotion*. Cambridge, MA: MIT Press.

Dewey, C. (2016). *Autonomy without a self*. Recuperado de [http://www.academia.edu/25368636/Autonomy_without_a_Self_Jul_2016..._](http://www.academia.edu/25368636/Autonomy_without_a_Self_Jul_2016...)

Díaz, J. L. (2015). Comunicación personal. 18 de junio de 2015. Ciudad de México.

Di Paolo, E. A. (2014). El enactivismo y la naturalización de la mente. En Chico, D. P. y Bedia, M. G. (Eds.), *Nueva ciencia cognitiva: Hacia una teoría integral de la mente*. Madrid: Plaza y Valdés Editores.

- Dunn, L. B., Nowrangji, M. A., Palmer, B.W., Jeste, D. V. y Saks, E. R. (2006). Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1323-1334.
- Dworkin, G. (1976). Autonomy and behavior control. *Hastings Center Report* 6(1): 23-28.
- Dworkin, G. (1988) *The theory and practice of autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.
- Ereshefsky, M. (2009). Defining 'Health' and 'Disease'. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biological Sciences*, 40(3), 221-227.
- Etxeberria, A. (2012). Sobre los límites de la identidad individual y la autonomía. *Dilemata*, 8, 75-80.
- Etxeberria, A. y Casado, A. (2008). Autonomía, vida y bioética. *Ludus Vitalis*, 17(30), 213-216.
- Evans, D., Dalglish, T., Dudas, R. B., Denman, C., Howard, M. y Dunn, B. D. (2015). Examining the Shared and Unique Features of Self-Concept Content and Structure in Borderline Personality Disorder and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 39(5), 613-626.
- Evans, J. S., Over, D. E. y Manktelow, K. I. (1993). Reasoning, decision making and rationality. *Cognition*, 49(1-2), 165-187.
- Faden, R. R. y Beauchamp, T. L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. Nueva York: Oxford University Press.
- Feito, L. (2011). Reseña de Alfred Tauber: Confesiones de un médico. *Boletín Bioética Complutense*, 9, 15.
- Feito, L. (2012). Comentario sobre el libro de A. Tauber Confesiones de un médico, capítulo 5. *Dilemata*, 8, 45-51.
- Felsen, G. y Reiner, P. B. (2011). How the neuroscience of decision making informs our conception of autonomy. *AJOB Neuroscience*, 2(3), 3-14.
- Foucault, M. (1976 or. 1961). *Historia de la locura en la época clásica* (2ª ed. esp., Utrilla, J. J. Trad.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2001 or. 1963). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica* (20ª ed, esp. Perujo, F. Trad.). México: Siglo XXI.
- Fox, M. (2001). Is it Personal Autonomy or a Personality Disorder? *Marquette Elder's Advisor*, 3(1), 62-65.

Frances, A. J. (2009). A warning sign on the road to DSMV: Beware of its unintended consequences. *Psychiatry Times*, 26, 1-4.

Frances, A. J. (2010). Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM-5. *Psychiatric Times*, 11, 1-11.

Frances, A. J. (2012a). En Phillips, J. et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 1: Conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(3).

Frances, A. J. (2012b). En Phillips, J. et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 2: Issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(8).

Frances, A. J. (2012c, diciembre, 2). DSM 5 Is Guide Not Bible—Ignore Its Ten Worst Changes. [Post en un blog]. Recuperado de <https://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-its-ten-worst-changes>

Frances, A. J. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Barcelona: Ariel.

Frances, A. J.; Widiger, T. (2012). Psychiatric Diagnosis: Lessons from the DSM-IV. Past and Cautions for the DSM-5 Future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 109-130.

Frances, A. J. (2016). España tiene un gran problema, casi todo el mundo toma una pastilla. Entrevista por Jambrina, J. M. *Jotdown*. Recuperado de <http://www.jotdown.es/2016/03/allen-frances/>

Frank, R. H. (1988) *Passions within reason: The strategic role of the emotions*. New York: Norton.

Frankfurt, H. (1971). Freedom of the will and the concept of a person. *Journal of Philosophy*, 68(1), 5-20.

Fromm, E. (1994 or. 1990). *La patología de la normalidad* (Fuente, E. Trad.). Barcelona: Paidós.

Fuster, J. M. (1995). *Memory in the cerebral cortex: An empirical approach to neural networks in the human and nonhuman primate*. Cambridge, MA: MIT Press.

Fuster, J. M. y Alexander, G. E. (1973). Firing changes in cells of the nucleus medialis dorsalis associated with delayed response behavior. *Brain Research*, (61) 79-91.

García Maldonado, G., Saldivar, A. H.; Llanes, A. y Sánchez, I. G. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*, 34, 367-378.

García Zabaleta, O. (2011). *La autonomía como factor determinante de la salud mental: una respuesta a la crítica de Tauber a Nietzsche*. (Tesis de Máster). Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, Donostia.

García Zabaleta, O. (2012). Una invitación a la reflexión. *Dilemata* 8: 53-56.

García Zabaleta, O. (2014). Los límites de la autonomía en diálogo con A. Tauber. En Casado, A. (Ed.), *Autonomía con otros: Ensayos de bioética* (p. 173-196). Madrid: Plaza y Valdés, 173-196.

García Zabaleta, O.; Casado, A. (2012). La ética médica ante los límites de la autonomía del paciente: El debate sobre las 'Confesiones de un médico'. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 1(2), 29-42.

Gemes, K. (2007). Nietzsche on the will to truth, the scientific spirit, free will, and genuine selfhood. En Von Tevenar, G. (Ed.), *Nietzsche and ethics* (p. 19-54). Oxford: Peter Lang.

Gemes, K. (2009). Nietzsche on free will, autonomy, and the sovereign individual. En Gemes, K. y May, S. (Eds.), *Nietzsche on freedom and autonomy* (p. 33-50). New York: Oxford University Press.

Ghaemi, S. N. (2009). Nosologomania: DSM & Karl Jaspers' critique of Kraepelin. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 4(10).

Ghaemi, S. N. (2013, enero, 15). DSM-5 is approved: Understanding cause and effect. [Post en un blog]. Recuperado de <http://boards.medscape.com/forums/?128@@.2a37d934!comment=1>

Gillet, G. (2009). Intention, autonomy, and brain events. *Bioethics*, 23(6), 330-339.

Goldman-Rakic, P (1995). Cellular basis of working memory. *Neuron*, 14(3), 477-485.

Gracia, D. (2012). The many faces of autonomy. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 33(1), 57-64.

Gregory, R. L. (Ed.) (1987). *The Oxford Companion to the Mind*. Oxford: Oxford University Press.

Grisso, T. y Applebaum P. S. (1998). *Assessing Competence to Consent to Treatment*, New York: Oxford University Press.

Grisso, T. y Applebaum, P. (2014). *Herramienta de evaluación de la capacidad para tratamiento (MacCAT-T)*. Adaptada al español por Ventura, T.; Navío, M.;

Álvarez, I.; Baón, B. y el grupo de investigación Servet. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Grob, G. N. (1991). Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry*, 148(4), 421-431.

Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*, 108(4), 814-834.

Halpern, J. (2011). Emotions, autonomy, and decision-making capacity. *AJOB Neuroscience*, 2(3), 62-63.

Hastings Center (2004). Los fines de la medicina: El establecimiento de unas prioridades nuevas. *Cuadernos De La Fundació Víctor Grífols i Lucas* 11.

Holmes, E.P. y River, L.P. (1998). Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 231-239.

Howland, R. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Warden, D., Fava, M., ... Berman, S. R. (2009). Concurrent anxiety and substance use disorders among outpatients with major depression: clinical features and effect on treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 99, 248-260.

Hyman, S. (2010). The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification. *The Annual Review of Clinical Psychology* 6, 155-179.

Insel, T. (2013, abril, 29). Director's blog: Transforming diagnosis. [Post en blog]. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>

Jablensky, A. (2007). ¿Necesita la Psiquiatría un concepto unitario de "trastorno mental"? *World Psychiatry*, 5(3), 157-158.

Jackson, J. L., Passamonti, M. y Kroenke, K. (2007). Outcome and impact of mental disorders in primary care at 5 years. *Psychosomatic Medicine*, 69, 270-276

Janaway, C. (2009). Guilt, bad conscience, and self-punishment in Nietzsche's genealogy. En Leiter, B. y Sinhababu, N. (Eds.), *Nietzsche and morality* (p. 138-154). New York: Oxford University Press.

Jecker, N. S. (2011). Toward A new model of autonomy: Lessons from neuroscience. *AJOB Neuroscience*, 2(3), 50-51.

Katsafanas, P. (2013). Nietzsche's philosophical psychology. En Gemes, K. y Richardson, J. (Eds.), *The Oxford Handbook of Nietzsche* (p. 727-755). New York: Oxford.

Katsafanas, P. (2005). Nietzsche's theory of mind: Consciousness and conceptualization. *European Journal of Philosophy*, 13(1), 1-31.

- Kawa, S. y 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).
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshelman, S., ... H. U.; Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kinghorn, W. (2013). The biopolitics of defining "Mental disorder". En Paris, J. y Phillips, J. (Eds.), *Making the DSM-5* (p. 47-61). New York: Springer.
- Klerman, G. L., Vaillant, G. E., Spitzer, R. L. y Michels, L. (1984). A debate on DSM-III. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 539-553.
- Klerman, G. L. (1986) Historical perspectives on contemporary schools of psychopathology. En MILLON, T.; KLERMAN, G. L. (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV*. New York: Guilford Press: 3-28.
- Knobe, J. y Leiter, B. (2007). The case for nietzschean moral psychology. En Leiter, B. y Sinhababu, N. (Eds.), *Nietzsche and morality* (p. 83-109). New York: Oxford University Press.
- Kupfer, D. J., First, M. B. y Regier, D. A. (2002). *A research agenda for DSM-V*. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- Kyselo, M. (2014). The body social: an enactive approach to the self. *Frontiers in Psychology*, 5, 986.
- Leiter, B. (2007). Nietzsche's theory of the will. *Philosophers' Imprint*, 7(7), 1-15.
- Leiter, B. (2010). Nietzsche's philosophy of action. En O'Connor, T. y Sandis, C. (Eds.), *The Blackwell companion to the philosophy of action* (p. 528-536). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Leiter, B. (2013). Nietzsche's naturalism reconsidered. En Richardson, J. y Gemes, K. (Eds.), *The Oxford Handbook of Nietzsche* (p. 576-598). New York: Oxford University Press.
- León ,F. J. (2010). Deber ético de promover la autonomía y competencia del paciente psiquiátrico. *Revista chilena de neuropsicología*, 5(1), 13-20.
- Levy, N. (2008). Introducing Neuroethics. *Neuroethics*, 1(1), 1-8.

Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.

Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J. y Wozniak, J. (1987). The social rejection of ex-mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500.

Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. y Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.

Mackenzie, C. (2008). Relational autonomy, normative authority and perfectionism. *Journal of Social Philosophy*, 39(4), 512-533.

Mackenzie, C. y Stoljar, N. (2000). Introduction: Autonomy refigured. En Mackenzie, C. y Stoljar, N. (Eds.), *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self* (p. 3-31). New York: Oxford University Press.

MacSuibhne, S. P. (2009). What makes 'a new mental illness'? The cases of solastalgia and hubris syndrome. *Cosmos and History: The Journal of Natural and Social Philosophy*, 5(2), 210-225.

Marewski, J. N., Gaissmaier, W. y Gigerenzer, G. (2010). Good judgments do not require complex cognition. *Cognitive Processing*, 11(2): 103-121.

Marijuán, M. (2012). Sobre confesiones de un médico. Un ensayo filosófico. *Dilemata* 8, 57-59.

Marson, D. C., McInturff, B., Hawkins, L., Bartolucci, A. y Harrell, L. E. (1997). Consistency of physician judgments of capacity to consent in mild Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 453-7.

Mayes, R. y Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267.

Medrano, J. (2014). DSM-5. Un año después. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 655-662.

Merino, G. (2011). Autonomía de la voluntad e internamiento psiquiátrico: problemas legales y tratamiento jurisprudencial. *Derecho y salud*, 21(2), 165-169.

Michels, L. (1984). En Klerman, G. L., Vaillant, G. E., Spitzer, R. L. y Michels, L., A debate on DSM-III. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 539-553.

Mill, J. S. (2004). *Sobre la libertad*. Madrid: Alianza.

Miller, E. K. y Cohen, J. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 167-202.

Millon, T. E. (1986). On the past and future of the DSM-III: Personal recollections and projections. En Millon, T. y Klerman, G. L. (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (p. 29-70). New York: Guilford Press.

Milner, B. (1963). Effects of different brain lesions on card sorting: The role of the frontal lobes. *Archives of Neurology*, 9(1), 90-100.

Moffat, B. (2011). Neurobiology is not destiny. *AJOB Neuroscience*, 2(3), 48-49.

Moffitt, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M. y Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of General Psychiatry*, 64, 651-60

Moreno, A.; CASADO, A. (2011). Autonomy beyond the brain: What neuroscience offers to a more interactive, relational bioethics. *AJOB Neuroscience*, 2(3), 54-56.

Morse, J. Q., Robins, C. J. y Gittes-Fox, M. (2002). Sociotropy, Autonomy, and Personality Disorder criteria in psychiatric patients. *Journal of Personality Disorders*, 16(6), 549-560.

Moynihan, R.; Heath, I. y Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *The BMJ*, 324(7342), 886-891.

Muller, S. y Walter, H. (2010). Reviewing autonomy: Implications of the neurosciences and the free will debate for the principle of respect for the patient's autonomy. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 19(2), 205-217.

Nesse, R. M. y Stein, D. J. (2012). Towards a genuinely medical model for psychiatric nosology. *BMC Medicine*, 10(5).

Nietzsche, F. W. (1998). *Ecce homo: Cómo se llega a ser lo que se es* (Sánchez, A. Trad.). Madrid: Alianza.

Nietzsche, F.W. (2000). *Aurora: Pensamientos sobre los prejuicios morales* (Cano, G. Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.

Nietzsche, F.W. (2013). *La genealogía de la moral* (Sánchez, A. Trad.). Madrid: Alianza.

Nietzsche, F. W. (1967). Nachgelassene fragmente 1882-1884. En Colli, G. y Montinari, M. (Eds.), *Kritische studienausgabe herausgegeben*, 10. Berlin-New York: Walter de Gruyter.

Nietzsche, F. W. (2009). *La gaya ciencia* (Greco, C. Trad.). Madrid: Akal.

Nietzsche, F. W. (2009). *Más allá del bien y del mal: Preludio de una filosofía del futuro* (Sánchez Pascual, A. Trad.). Madrid: Alianza.

Noggle, R. (2005). Autonomy and the paradox of self creation: Infinite regresses, finite selves, and the limits of authenticity. En Taylor, J. S. (Ed.), *Personal autonomy* (p. 87-108). New York: Cambridge University Press.

Nys, T., Denier, Y. y Vandeveld, T. (2007). *Autonomy and Paternalism: Reflections on the theory and practice of health care*. Leuven: Peeters.

Ogando, B. (2012). Reseña de Tauber, A.: Confesiones de un médico. *Eidon. Revista De La Fundación De Ciencias De La Salud*, 37.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. (Versión completa). 54 Asamblea, 22 de mayo de 2001.

Ortiz, J. (2009). Consentimiento informado en la especialidad de Psiquiatría. *Revista del centro de bioética Juan Pablo II*, 9(3), 18-21.

Ozmen, E., Ogel, K., Aker, T., Sagsuyu, A., Tamar, D. y Boratay, C. (2004). Public attitudes to depression in urban Turkey- the influence of perceptions and causal attributions on social distance towards individuals suffering from depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1010-1016.

Papacchini, A. (2000). El porvenir de la ética: La autonomía moral, un valor imprescindible para nuestro tiempo. *Revista De Estudios Sociales*, 5.

Paris, J. (2013). The ideology behind DSM-5. En Paris, J. y Phillips, J. (Eds.), *Making the DSM-5* (p. 39-44). New York: Springer.

Pellegrino, E. D. y Thomasma, D. C. (1988). *For the Patient's good: The restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University Press.

Pinel, P. (1798). *Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée a la médecine*. Paris: Chez Maradan.

Pinel, P. (1804, or. 1801). *Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma o manía*. Guarnerio, L. (trad.). Madrid: Imprenta Real.

Phillips, J., Frances, A. J., Cerullo, M. A., Chardavoyne, J., Decker, H. S., First, M. B., ... Zachar, P. (2012a). The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 1: Conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(3).

Phillips, J., Frances, A. J., Cerullo, M. A., Chardavoyne, J., Decker, H. S., First, M. B., ... Zachar, P. (2012b). The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 2: Issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(8).

Pohlmann, R. (1971). Autonomie. En Ritter, J. (Ed.), *Historisches wörterbuch der philosophie* (p. 701-720). Basel/Stuttgart: Schwabe & Co.

Prinz, J. (2012). *Beyond Human Nature*. UK: Penguin.

Puyol, Á. (2014). Un fundamento inesperado para la autonomía en la bioética actual. En Casado, A. (Ed.), *Autonomía con otros: Ensayos de bioética* (p 19-34). Madrid: Plaza y Valdes.

Restrepo, D., Cardeño, C., Duque, M. y Jaramillo, S. (2012). Del principio de beneficencia al principio de autonomía: aproximación a la evaluación de la competencia mental de los pacientes en el hospital general. *Revista Colombiana. De Psiquiatría*, 41, 395-407.

Richardson, J. (2009). Nietzsche's freedoms. En Gemes, K. y May, S. (Eds.) *Nietzsche on freedom and autonomy* (p. 127-150). New York: Oxford University Press.

Risse, M. (2007). Nietzschean 'Animal Psychology' versus Kantian Ethics. En Leiter, B. y Sinhababu, N. (Eds.), *Nietzsche and morality* (p. 57-82). New York: Oxford University Press.

Rojo, J. E. y Vallejo, J. (2000). Clasificaciones en psiquiatría. En Barcía, D. *Tratado de psiquiatría* (p. 147-156). Madrid: Aran ediciones.

Robins, E. y Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 126, 983-987.

Robins, L. N. y Regier, D. A. (1991). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1991.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. New Jersey: Princeton University Press.

Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg A. A. & Stewart, J. W., Warden, D., ... Fava, M. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1905-1917.

Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63, 397-427.

Ryan, R. M. (2005). The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders. *Development and Psychopathology*, 17, 987-1006.

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2004). Autonomy is no illusion: Self-determination theory and the empirical study of authenticity, awareness, and will. En

Greenberg, J., Koole, S. L. & Pyszczynski (Eds.), *Handbook of experimental existential psychology* (p. 449– 479). New York: Guilford Press.

Sancho, J. C. (2013). La invención de la autonomía. *Revista Eidon*, 39, 2-12.

Sandin, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.

Scheid, T. L. (2005). Stigma as a barrier to employment: Mental disability and the Americans with Disabilities Act. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 670-690.

Seoane, J. A. (2010). Las autonomías del paciente. *Dilemata*, 3, 61-75.

Seoane, J. A. (2012). Sobre las confesiones de un médico nostálgico. *Dilemata*, 8, 61-66.

Seoane, J. A. (2013). La construcción jurídica de la autonomía del paciente. *Revista Eidon*, 39, 13-34.

Simón, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(102), 325-348.

Sociedad Española de Neurología. (2009). *Documento Sitges*. Barcelona: Editorial Glosa.

Society for Humanistic Psychology (2012, junio, 16). *Response to the final DSM-5 draft proposals by the Open Letter*. (SHP; Division 32 of the American Psychological Association). Recuperado de <http://dsm5-reform.com/2012/06/response-to-the-final-dsm-5-draft-proposals-by-the-open-letter-committee/>

Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (1982). The definition and diagnosis of mental disorder. *Deviance and Mental Illness*, 15-31.

Stagnaro, J. C. (2009). Apuntes para una reflexión sobre la perspectiva bioética en psiquiatría. En Fantin, J. C. y Fridman, P. (Eds.), *Bioética, salud mental psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 522-526.

Sudgen, R. (1991). Rational choice: A survey of contributions from economics and philosophy. *Economic Journal*, 101(407), 751-785.

Szasz, T. S. (1976 Or. 1961). *El mito de la enfermedad mental* (Wolfson, L. Trad.). Buenos Aires: Amorrortu.

Tauber, A. I. (2001). *Henry Thoreau and the moral agency of knowing*. California: University of California Press.

Tauber, A. I. (2005). *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Massachusetts: MIT Press.

Tauber, A. I. (2009). *Science and the quest for meaning*. Texas: Baylor University Press.

Tauber, A. I. (2011 Or. 1999). *Confesiones de un médico* (Casado, A. Trad.). Madrid: Triacastela.

The British Psychological Society (2011). *Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 Development*.

Triviño, R. (2012). Confesiones de un médico o nostalgias de una vocación (paternalista). *Dilemata*, 8, 67-73.

Tunzi, M. y Spike, J. P. (2014). Assessing Capacity in Psychiatric Patients With Acute Medical Illness Who Refuse Care. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(6), 10.

Tversky, A. y Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211(4481), 453-458.

Tyrer, P. y Steinberg, D. (2003). *Models for mental disorders: Conceptual models in psychiatry*. Chichester: John Wiley and Sons.

Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(2), 153-162.

Varga, S. (2011). Defining mental disorder. Exploring the 'natural function' approach. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6(1).

Véliz, C. (2011). Which came first, the chicken or the egg? Rethinking causal directions between neural mechanisms, agency, and human enhancement, *AJOB Neuroscience*, 2(3), 46-48.

Wahl, O.F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478.

Wakefield, J. (1992). Disorder as a Harmful Dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99, 232-247.

Wakefield, J. (2012). En Phillips, J. et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 1: Conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(3).

Walker, T. (2011). Full autonomy, substantial autonomy, and neuroscience. *AJOB Neuroscience*, 2(3), 56-57.

- Wegner, D. M. (2002). *The illusion of conscious will*. Massachusetts: MIT Press.
- Weiner, B., Perry, R. P. y Magnusson. J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality & Social Psychology*, 55, 738–748.
- Wilkinson-Ryan , T. y Westen, D. (2000). Identity Disturbance in Borderline Personality Disorder: An Empirical Investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157, 528-541.
- Williams, B. (1993). Nietzsche's minimalist moral psychology. *European Journal of Philosophy*, 1(1), 4-14.
- Wittchen, H. U. y Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe — a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-79.
- Young, A. (1995). The harmony of illusions. *Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princeton University Press.