

Reducción del cuerpo vivido en el trastorno mental

Stephanie Cordero
Universidad Nacional Autónoma de México

Recepción: 04/04/2024
Aceptación: 23/08/2024

Resumen

El objetivo del presente artículo es señalar cómo a través del reduccionismo de los individuos a sus cuerpos se han generado daños iatrogénicos que no solamente afectan a individuos particulares sino también al entorno en el que habitan. Esta serie de daños se incrementa cuando se trata el caso del trastorno mental. Mediante una crítica a la normalización del reduccionismo en el campo disciplinar de la psicología se destacan las implicaciones éticas sobre las personas, tales como el despojo del mundo de la vida y la subestimación de la experiencia subjetiva-existencial del paciente. Finalmente se propone que el análisis del trastorno desde la psicopatología fenomenológica puede ser una respuesta que mejore la calidad de vida de las personas ya que ésta no reduce su capacidad significativa.

Palabras clave: ALTERIDAD – PSICOPATOLOGÍA FENOMENOLÓGICA – ÉTICA – TRASTORNO MENTAL

Abstract

The purpose of this article is to highlight how the reduction of individuals to their bodies has generated iatrogenic harms that not only affect particular individuals but also the environment in which they inhabit. This chain of harms increases when dealing with mental disorders. The ethical implications on individuals are underscored in this article by critiquing the normalization of reductionism in the disciplinary field of psychology. Two examples of these ethical implications on patients are the deprivation of their lifeworld or that their subjective-existential experience is underestimated. Finally, it is proposed that the analysis of disorders through phenomenological psychopathology could be a response that enhances the quality of life for individuals since it does not diminish their capacity for meaning.

Keywords: ALTERITY – PHENOMENOLOGICAL PSYCHOPATHOLOGY – ETHICS
– MENTAL DISORDER

Resumo

O objetivo do presente artigo é demonstrar como, por meio do reducionismo dos indivíduos aos seus corpos, têm-se gerado danos iatrogênicos que não apenas afetam indivíduos particulares, mas também o ambiente em que habitam. Essa série de danos aumenta quando se trata do caso do transtorno mental. Através de uma crítica a normalização do reducionismo no campo disciplinar da psicologia, destacam-se as implicações éticas sobre as pessoas, tais como a privação do mundo de vida e a subestimação da experiência subjetivo-existencial do paciente. Por fim, propõe-se que a análise do transtorno a partir da psicopatologia fenomenológica pode ser uma resposta que melhore a qualidade de vida das pessoas, uma vez que não reduz sua capacidade significativa.

Palavras-chave: ALTERIDADE – PSICOPATOLOGIA FENOMENOLÓGICA – ÉTICA
– TRASTORNO MENTAL

Introducción

Lo que actualmente se conoce en términos populares como el espacio terapéutico es un concepto relativamente nuevo. Los campos disciplinares en los que está entrelazado, tales como la medicina o psiquiatría, son saberes que avanzan desmesuradamente según el uso y descubrimiento tecnológico en curso. Como disciplinas fácilmente moldeables enfocadas a tratar directamente con las personas, han causado daños éticos y morales, que al igual que su desarrollo avanzan y se modifican rápidamente. La velocidad de estos desarrollos disciplinares no justifica, en absoluto, el daño ético que han causado. Es por ello que necesitan del trabajo conjunto de comités de ética, de la inclusión de códigos y pautas de comportamiento, así como de documentos legales que faciliten la comunicación con los pacientes sobre los tratamientos a los que serán sometidos. No obstante, todas estas herramientas son fútiles si no hay una verdadera problematización sobre la dimensión de las implicaciones éticas con las que se está trabajando, de las causas y de los fines que un diagnóstico conlleva, así como de la relación entre psicólogo-paciente.

Una posible solución ante el trato naturalista de la psicología se encuentra en los análisis que aporta la psicopatología fenomenológica, ya que ésta, al concentrarse sobre la experiencia subjetiva de las personas con trastornos mentales, puede elaborar análisis que no sean patologizantes, que no deriven de normalidades estadísticas, ni que ejerzan reduccionismos sobre los cuerpos de las personas. En este sentido la psicopatología fenomenológica puede analizar el trastorno mental desde ejes como la afectividad, la estructura de la personalidad que ha generado cierto tipo de trastorno mental, o bien, como lo hace Thomas Fuchs, desde la perturbación del cuerpo vivido.

No obstante, al hablar de psicopatología fenomenológica tampoco se deben dejar de lado problemas éticos y políticos a los que se ven enfrentados los pacientes, incluso sin que se den cuenta, ya que son problemas tan entrelazados con las prácticas cotidianas que resultan invisibilizados por la estructura de la sociedad. En la base de esta problemática se encuentran los discursos de turno sobre lo que es considerado como *sano*, *enfermo*, *típico* o *atípico*, etc., porque de ello dependerá la serie de libertades o restricciones que funjan como posibilidades para que, a su vez, las personas sean capaces de moldear su individualidad o de ser moldeados.

Uno de los problemas que pueden ser invisibilizados por las dinámicas de racionalidad que permean en el ámbito de la salud son los efectos iatrogénicos que se generan en la relación psicólogo-paciente. Lo anterior está relacionado con el reduccionismo u objetivación de la persona a su cuerpo, y en consecuencia, con la falta de una visión amplia de la

psicoterapia que también contemple el mundo de vida de las personas que han sido determinadas con diversos trastornos mentales.

Históricamente, el reduccionismo de las personas a sus cuerpos ha estado alimentado, fundamentalmente, por dos factores: cambios simbólicos y dinámicas de racionalidad tecnológica que refuerzan cierto tipo de moldeamiento de la individualidad. En cuanto a los cambios simbólicos, Ivan Illich destaca en su libro "*Némesis Médica*" (1975) cómo el cambio en la concepción de la muerte dio paso a que el cuerpo pudiese convertirse en un simple objeto de estudio. Específicamente, la muerte destaca por su cercanía con lo que culturalmente se entienda por salud, enfermedad o dolor, pero especialmente por la necesidad de darle sentido a la existencia, de ahí que su campo semántico en lo que se refiere a la objetivación del cuerpo sea crucial para poder hablar de psicopatología fenomenológica. Actualmente se podría decir que parte de ese cambio simbólico está en la concepción del individuo en función de su rendimiento.

El segundo factor que alimentó el reduccionismo de las personas a sus cuerpos fueron los avances tecnológicos en el campo de la biología y la neurología, tales como las tecnologías de neuroimagen que ponen el centro de atención en el cerebro. Este cambio de paradigma contribuyó a crear un discurso en el que lo que se prioriza y lo que tiene valor es el cuerpo cuantificable, medible y observable.

Si bien esta serie de avances tecnológicos no representan daño en sí mismos, cuando están narrados como un tipo de justificación biológico-naturalista del trastorno mental es cuando se generan daños iatrogénicos. Ello se piensa de tal forma que el problema pasa de ser moral a ser meramente técnico. Es decir que desde la visión naturalista de la psicología y la psiquiatría, si hay un mal diagnóstico, éste no se debe a una mala práctica clínica sino a que, a partir de la justificación cientificista, haría falta investigación destinada a perfeccionar el estudio del cerebro. Este tipo de discurso es lo que se llamará una dinámica de racionalidad tecnológica, la cual se explicará en detalle en los siguientes apartados. Por ahora baste decir que consiste en que no hay errores morales sino técnicos, que se desenvuelven sobre el presupuesto de la ciencia como verdad irrefutable, y en que los errores derivados de ella son consecuencia de la falta de avance en investigación neurológica.

Para poder comprender el nivel de afección ética que supone el reduccionismo como un tipo de práctica normalizada en las disciplinas destinadas a la salud, es menester dar un ejemplo de cómo la depresión fue mutando según el contexto histórico y tecnológico. Este caso en particular, además, dará cuenta de cómo es que el mundo de la vida también va mutando de acuerdo con la reconceptualización de lo que se considere *sano o enfermo, normal o patológico, etc.*

1. Depresión

En este apartado se abordará el análisis de la depresión que hace Alain Ehrenberg para exponer cómo el discurso reduccionista en el ámbito de la salud mental llegó a cobrar la relevancia que actualmente tiene. Al mismo tiempo se presentará el estudio que hace Thomas Fuchs sobre la temporalidad en las personas con depresión. Cabe destacar que si se pueden enlazar ambos textos es porque para el primer autor la depresión es un modo de existencia y no una categoría clínica.

Para Ehrenberg, en “*La Fatiga de Ser Uno Mismo*” (1998), la depresión puede ayudar a comprender la individualidad contemporánea. Es así que el análisis de este trastorno arroja luz sobre cómo es que los modos de existencia dependen de las condiciones sociales que atraviesan las personas. En concreto, los modos de existencia como la depresión, que Ehrenberg describe en sus tres etapas. Para Fuchs, la depresión se conceptualiza según las dimensiones fundamentales de la existencia, las cuales son, sobre todo, *temporalidad y afectividad*. La relación de estas dimensiones es tal que se pueden constituir entre sí. En la afectividad se encontrarán categorías como estados de ánimo, emociones, sentimientos existenciales o dinámicas de conaciones, tal como indica el autor:

[...] el tiempo vivido también está constituido por las dinámicas de la *conación* —que significa motivación, esfuerzo, deseo o impulso—, las cuales generalmente están dirigidas hacia el futuro (por ejemplo, hacia la satisfacción de la sed, el hambre, el deseo sexual u otros objetivos de los impulsos). La conación también está influenciada por sensaciones de vitalidad corporal, tales como frescura, vigor o agitación, por un lado; y cansancio, agotamiento o apatía, por el otro lado. Estos estados corporales básicos están igualmente conectados con variaciones del tiempo vivido (como se observa, por ejemplo, al comparar la agitación con el letargo). (Fuchs, 2018, p. 2)

Es así como el mundo vivido necesariamente está compuesto por estados afectivos, los cuales dan cuenta de necesidades corporales que remiten al mundo natural y a la relación con los otros. Ello se entiende porque las conaciones, que forman parte de la afectividad, generalmente están orientadas hacia el futuro, y pueden abarcar impulsos, voliciones o estados de ánimo. Lo que se quiere destacar es que si los modos de existencia reposan tanto en la temporalidad como en la afectividad, y si la afectividad,

a su vez, parte de conaciones que están directamente relacionadas con la alteridad y las condiciones de posibilidad del entorno en que se encuentre la persona para poder satisfacer tal o cual urgencia, entonces el contexto social opera en niveles existenciales fundamentales para la constitución de la individualidad. De ahí que el análisis de las tres etapas de la depresión de Ehrenberg sea adecuado para abordar el problema fenomenológico de la relación psicólogo-paciente.

Para el sociólogo francés, la depresión se puede resumir como *el desplazamiento de la culpabilidad a la responsabilidad* (Ehrenberg, 1998). El cambio conceptual que se desarrolló a lo largo de tres décadas en Francia puede dar cuenta del cambio de significado con respecto al trastorno, así como del moldeamiento de la individualidad situada con respecto al horizonte de mundo. En concreto, no se ha de dejar de lado que si una categoría nosográfica cambia tanto, como ha sido en este caso, la causa no solamente radica en la confusión sobre a qué se le está llamando trastorno, sino también a la invención misma del trastorno. Ehrenberg detalla algunos ejemplos de los nombres que históricamente se le han asignado a la depresión: “Una de las particularidades de la depresión es que algún gran nombre, alguna obra clave no llegan a diferenciarla de la monomanía (Esquirol), de la histeria (Charcot, Janet y Freud), de la psicosis maniaco-depresiva (Kraepelin), de la esquizofrenia (Bleuler)” (1998, p. 21). Este cambio conceptual se debe a transformaciones en la forma de producción dentro de la sociedad.

El análisis de la depresión que propone Ehrenberg comprende tres etapas. La primera está determinada por la década del 50, que estuvo marcada por la crisis que tuvo lugar en Francia después de la segunda guerra mundial. Lo que impera en ese momento es una sociedad disciplinaria en donde los límites entre lo prohibido y las restricciones están bien delimitados. Por otra parte hay mecanismos de obediencia a poderes externos al individuo, tales como la religión o el estado. Dentro de este contexto, para 1950 el sujeto con depresión se vive como enfermo con una patología de la desdicha. Sin embargo, esto no permanecería estático por mucho tiempo debido al cambio social que era cada vez más evidente. El cambio de estructura social hace que la regulación entre los límites del individuo y la sociedad se reduzcan, de tal forma que el individuo genera la necesidad de inventar hábitos para enfrentarse a la nueva estructura de la realidad.

La segunda etapa se centra en 1970, década en la que Ehrenberg destaca un cambio de configuración del individuo, ya que se ha llegado al quiebre de la alianza en donde los valores de lo prohibido son modificados. Dicho quiebre alcanzará su máxima expresión en esta década donde la depresión se establece como una patología del cambio de personalidad:

La depresión saldrá del campo médico sin que ninguna innovación farmacológica se convierta en el vector de su expansión, pero en un contexto en el que la emancipación condujo a un cambio de lugar de lo prohibido, la culpabilidad se disimula en el mismo período de ascenso de la responsabilidad. Se convierte entonces en una enfermedad de moda mucho antes de que sean lanzados al mercado los antidepresivos de tipo *Prozac*, mucho antes también de que nuestra sociedad sucumba al pesimismo de estos días. La depresión aparecerá entonces, no como una patología de la desdicha, sino como una patología del cambio, la de una personalidad que busca ser solamente ella misma: la seguridad interior será el precio de esta liberación. (Ehrenberg, 1998, p. 19-20)

Nótese que se habla de la depresión como una enfermedad de *moda*, lo cual no significa que hubiese una voluntad explícita por parte de las personas a ser partícipes del trastorno, sino a la reproductibilidad mediática del mismo, y por lo tanto a la identificación con características típicas del trastorno.

Ante dinámicas sociales sobre el trastorno en la modificación de la individualidad surge la pregunta de hasta qué punto la conformación de sí depende de la autonomía del individuo, y hasta qué punto se ve influenciada por el entorno y por la relación con la alteridad. Para Ehrenberg, en este momento la crisis social pasa de ser externa a internalizarse, movimiento que da paso a una nueva configuración del individuo que seguirá avanzando hasta la siguiente etapa.

La tercera etapa sobre la depresión descrita por Ehrenberg corresponde a la década de 1980. Es un momento significativo para el moldeamiento del trastorno y de la individualidad porque el jefe de empresa se establece como un modelo a seguir. En consecuencia, se invita al sujeto a conquistar su identidad personal y se enseña que el éxito social se alcanza a través de la iniciativa:

En la empresa, los modelos disciplinarios de gestión de los recursos humanos (taylorismo y fordismo) retroceden ante el avance de normas de gestión que incitan al personal a comportamientos autónomos y reducir las jerarquías. *Management* participativo, grupos de expresión, círculos de calidad, etc., constituyen las nuevas formas de ejercicio de autoridad, orientadas a inculcar el espíritu de empresa a cada asalariado. Los modos de regulación y de dominio de la fuerza de trabajo se apoyan menos sobre la obediencia mecánica que sobre la iniciativa: responsabilidad, capacidad de

evolucionar, de proponer proyectos, motivación, flexibilidad, etc., diseñan una nueva liturgia del mercado laboral. La constricción impuesta al obrero ya no es la del hombre-máquina empleado en un trabajo repetitivo, sino la de un empresario de su trabajo flexible. (Ehrenberg, 1998, p. 221)

En esta tercera etapa del análisis de la depresión se concibe al individuo como insuficiente. La depresión se caracteriza como un atasco de acción, y la iniciativa individual se convierte en la medida de la persona, es por eso que Ehrenberg recalca que “[la depresión] se presenta como una enfermedad de la responsabilidad, en la cual domina el sentimiento de insuficiencia. El deprimido no está a la altura, está cansado de haberse convertido en sí mismo” (1998, p. 12). En este punto ya es claro cómo es que se llevó a cabo el desplazamiento de la culpabilidad a la responsabilidad.

Este análisis de la depresión como punto fundamental para comprender la individualidad, actualmente contribuye a esclarecer por qué lo que opera en la depresión para el ámbito clínico está directamente ligado con la funcionalidad de la persona con respecto a sí misma y a su entorno, a lo cual se añade que es un trastorno que se engloba dentro de los trastornos del estado de ánimo, puesto que lo que se altera es la capacidad afectiva del paciente tanto en intensidad como en temporalidad. Específicamente, en la quinta edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (2014), (DSM-5 por sus siglas en inglés), se caracteriza a la depresión de la siguiente manera:

Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo [...] El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología. (APA, 2014, p. 155)

Como se puede notar en la descripción, si bien el factor desencadenante es una parte de lo que para Fuchs es la estructura afectiva¹ del

¹Al utilizar el término “*estructura afectiva*” se quiere rescatar la definición de Thomas Fuchs, quien sostiene que la afectividad es una de las dimensiones fundamentales de la existencia, la cual se compone de categorías tales como estados de ánimo, emociones, sentimientos existenciales o dinámicas de conaciones. En estas categorías entran los estados de ánimo, tal como son nombrados en la cita al DSM-5, aunque ello no significa que el DSM-5 tenga la misma descripción de lo que son los estados de ánimo.

individuo, lo que determina que el trastorno sea un problema desde el punto de vista clínico es que esta disrupción del estado de ánimo se salga de la norma de la *funcionalidad*, lo cual recuerda la definición de la depresión como perteneciente a un individuo *insuficiente*, que no está a la altura de producción que se demanda.

Para Ehrenberg, la tercera etapa de la depresión, que comienza en la década del 80, consiste en caracterizar el trastorno como un *atasco de acción*. En el análisis de esta etapa, la importancia de la crisis interna del individuo pasa a segundo plano, como también su configuración con base en las posibilidades que ha ganado a partir del entorno social en el que se mueve, y simultáneamente, también la estructura de su disposición afectiva. En cambio, la conceptualización de la depresión solamente estará dirigida a qué tanto el individuo puede rendir dentro de un sistema fuertemente dirigido por el consumo y a qué grado de *optimización de sí mismo*² es capaz de llegar.

Las nociones que se originan como paralelas a la tercera descripción de la depresión son las de *proyecto*, *motivación* y *comunicación*, como ejes que determinarán cómo tiene que ser la nueva individualidad. Dichas nociones se vuelven tan comunes en la sociedad que se instauran como metas a seguir, las cuales van desde la vida privada hasta los estándares mínimos en la gestión de empresas o las políticas de reinserción social. Si estas características se vuelven el estándar y el tipo de individualidad que se desea lograr, entonces habrá contrastes cada vez más sustanciales entre lo que el individuo deprimido *es* y lo que *desea ser*. En otras palabras, el deprimido, en términos de atasco de acción, no está a la altura de un sistema de producción que le pide cambiar por completo su propia individualidad en favor de la productividad a la que se le pide llegar.

Para Thomas Fuchs, la idea de Ehrenberg sobre el desarrollo del trastorno basado en un contexto social que exige una rápida adaptación a un entorno totalmente desconocido es un tipo de *vulnerabilidad existencial*, en la medida en que supone una nueva estructura existencial³ que contiene la pérdida de significado del mundo y de los otros. Sin embargo, fenomenológicamente, para Fuchs las condiciones sociales de aceleración que tienen por objetivo la optimización del sí mismo reflejan un tipo de desincronización tanto de la vida intersubjetiva como del cuerpo de la persona

² El concepto de *optimización de sí* se tratará concretamente en el siguiente apartado. Baste decir por el momento que una de sus características primordiales es que deja de ser una imposición, como podría encontrarse en otros conceptos dentro de la sociedad disciplinaria, para pasar a ser una autoimposición del individuo caracterizada como un deber.

³ Retomando a Fuchs (2018), la estructura existencial estará constituida por la *temporalidad* y la *afectividad*. Ambas conformarán el mundo de la vida en el que, siguiendo el concepto de *intencionalidad* en Husserl, también se incluirá su relación directa con el mundo natural y con la alteridad.

con depresión. Sobre la desincronización del cuerpo afirma lo siguiente:

El cuerpo vivido ya no es un medio transparente en la relación de uno con el mundo, sino que aparece como una carga u obstáculo. Los pacientes experimentan sus funciones corporales como ralentizadas o bloqueadas; en casos extremos, esto culmina en un estupor depresivo, en el que se combina una pérdida de la conciencia, una petrificación del cuerpo y la detención del tiempo experimentado. La base de esto es la convergencia del cuerpo vivido y el tiempo vivido en las dinámicas conativas primarias de la vida. (Fuchs, 2018, p. 6)

En esta descripción se hace patente la divergencia entre el cuerpo y su *intencionalidad*, ya que no hay un dirigirse *hacia las cosas mismas* porque las condiciones materiales de un aspecto de la constitución del sí mismo -es decir, el cuerpo orgánico-, se experimentan como extrañas; se genera una contradicción interna que resuena en la estructura afectiva del individuo. En este sentido, la desincronización del cuerpo vivido es una descripción más profunda de lo que Ehrenberg ha definido como atasco de acción. Ambas describen un aspecto del análisis sobre la depresión, ya sea desde la conceptualización del trastorno por factores que exceden justificaciones de corte puramente naturalista, o desde un análisis fenomenológico. Al mismo tiempo, ambas concepciones se verán reflejadas en la práctica impersonal de la psicoterapia que está al servicio de la funcionalidad.

Para el caso de la desincronización intersubjetiva Fuchs sostiene que “[los pacientes] ya no son movidos o afectados por cosas, situaciones u otras personas, incluso sus familiares. Dolorosamente experimentan su falta de vida y rigidez en contraste con la dinámica de la vida que continúa a su alrededor” (2018, p.7). Este tipo de desincronización causa sufrimiento y auto-alienación porque la falta de comunicación o de entendimiento, según Fuchs, se puede entender como una despersonalización afectiva ya que lo que está de base en el intercambio con el otro es la empatía (Fuchs, 2018). Ante esta experiencia se abre la pregunta de cómo es posible aceptar el sufrimiento en una sociedad que fundamentalmente se caracteriza por su aceleración y, sobre todo, si en la desincronización intersubjetiva podría haber un espacio para que el individuo con depresión pueda tener una brecha menor.

Esta serie de contrastes estarán reforzados por la alteridad, de tal forma que se generará una dinámica donde se pondrán en juego conceptos que puedan polarizar la afectividad de la persona deprimida para conducirla, o bien a una reintegración de aquello que puede volver a significar bajo una

lógica de resistencia, o bien a lo que Karl Jaspers, citado por Fuchs, llama una *situación límite*, la cual consiste en que “[...] las expectativas y suposiciones fundamentales sobre sí mismo y el mundo resultan ser ilusorias” (2018, p. 4). Es decir que el otro es aquel punto de anclaje donde se puede llevar a cabo una reintegración del mundo de la vida, o bien su máxima desintegración. Este tipo de relación intersubjetiva se vuelve aún más polarizada cuando además se establecen etiquetas como la de *paciente* y *profesionales de la salud*.

Uno de los espacios donde se puede constatar esta tensión es en el encuentro psicoterapéutico. No obstante, antes de poder abordar este tipo de experiencia es necesario describir cuáles son las dinámicas de racionalidad en las que descansan las directrices de reducción de los individuos a su cuerpo cuantificable.

2. Dinámicas de Racionalidad Tecnológica

El concepto de optimización de sí mismo es descrito por Friedrich de la siguiente manera: “[...] *la optimización de sí mismo (Selbstoptimierung)* trata de explicar todos esos procesos por los cuales los esfuerzos racionalizadores se internalizan en la gestión propia de la vida” (2018, p. 15). Dicho concepto es el resultado de una sociedad en donde el sistema económico es privilegiado a tal punto que la aceleración de producción se traslada a la individualidad y al modo en cómo ésta se configura en torno a la funcionalidad. Al mismo tiempo el concepto de funcionalidad puede ser un parteaguas para el diagnóstico clínico.

En concreto, la optimización surge de la configuración de un tipo de individualidad que se pueda observar: “[las personas] relacionaban su éxito social —mayor prosperidad y aumento de reconocimiento— con algo fácil de determinar, algo claramente cuantitativo: el rendimiento” (Friedrich, 2018, p. 120). En consecuencia, la optimización de sí mismo ya no es el resultado de una sociedad disciplinaria, como sucedía en la primera etapa de la depresión descrita por Ehrenberg, sino que el giro de la nueva individualidad precisamente subyace en que el deseo por la optimización es autoimpuesto. La individualidad se ha reconfigurado a tal grado que se vive una normalización de la cuantificación del cuerpo propio, al mismo tiempo que se relega aquello que no está sujeto a pasar por el escrutinio empírico. En otras palabras, el cuerpo cuantificable se convierte en el principio de identidad.

No es coincidencia que la individualidad se identifique con el rendimiento, pues en la dinámica social de producción no solamente se parte de la funcionalidad como uno de los ejes clave, sino también de la sobreproducción de mercancías. Es importante destacar que si la mercancía para el

sistema de producción es la fuerza de trabajo del individuo, para el ámbito de la salud, la mercancía será el lucro de la vida afectiva del individuo a costa de la cuantificación de su cuerpo. En esta dinámica social los cuerpos son fácilmente reemplazables ya que no hay un valor interior⁴, pues lo verdaderamente valioso dentro de esta dinámica concreta de racionalidad se reduce a lo meramente estadístico.

Tal movimiento es posible gracias a que hay un tratamiento específico del tiempo en el que se reconfiguran los espacios sociales, mediante la adaptación de costumbres nuevas que fomentan que el individuo esté generando proyectos y siempre en comunicación. Tal necesidad de producción lleva a la configuración de la individualidad a necesitar de herramientas que se lo permitan corporalmente, lo cual posteriormente se verá reflejado en lo que Ivan Illich llama la *medicalización de la vida*⁵:

La medicalización de la vida se manifiesta como la intrusión de la asistencia a la salud en el presupuesto, la dependencia respecto de la atención profesional y como el hábito de consumir medicamentos; también se manifiesta en la clasificación iatrogénica de las edades del hombre. Esta clasificación llega a formar parte de una cultura cuando la gente acepta como verdad trivial que las personas necesitan atenciones médicas sistemáticas por el simple hecho de que van a nacer, están recién nacidas, en la infancia, en su climaterio o en edad avanzada. Cuando esto ocurre, la vida se convierte de una sucesión de diferentes etapas de salud en una serie de períodos cada uno de los cuales requiere distintos tratamientos. Entonces cada edad demanda su propio ambiente salutar: de la cuna al sitio de trabajo, al asilo de jubilados y a la sala de casos terminales. (1975. pp. 53-54)

⁴ Es decir que la conceptualización de los individuos llega al punto de solamente pensarlas en términos de aquello que pueda ser observable y medible. En una sociedad de rendimiento, los cuerpos adecuados para la empresa serán aquellos que tengan mayores índices de producción. En el espacio de la salud los cuerpos que puedan recibir un diagnóstico y tratamiento serán aquellos que expresen signos y síntomas específicos. Bajo esta lógica todo aquello que no cumpla los parámetros de medible y observable será despreciado. Es así como el mundo de la vida y el campo de la reflexión se relega a un segundo o tercer plano.

⁵ El rendimiento se establece como un objetivo compartido tanto para el sistema que abusa de este recurso como para el individuo que ha sido moldeado para tal fin. Se debe tener en claro que el rendimiento, a su vez, depende del sistema de producción en curso. En el área de la salud, las consecuencias de este sistema sobre la vida de los pacientes dependen de las dinámicas de racionalidad tecnológica.

En consonancia con lo expuesto anteriormente, la *supermedicalización* o *sobremedicalización* es el fenómeno de la optimización de sí mismo que siempre está sujeto dentro del discurso de la reducción de su cuerpo a lo meramente cuantificable, ya que el objetivo primordial es el rendimiento⁵. Como se puede notar, para Illich la medicalización de la vida es un concepto que no solamente está referido al ámbito de salud sino a todas las etapas de la vida. Sin embargo, lo que se quiere destacar es el tipo de discurso que se asume en esta dinámica, el cual es el del discurso impersonal. Es en estos términos que la medicalización de la vida obedece a una *forma concreta de racionalidad* que se presenta como un “*se*” impersonal que se mueve en una sociedad sin autores específicos, y que a su vez causa efectos en lo que se considera como normal o patológico.

Un complemento importante que formó las dinámicas de racionalidad tecnológica y que, a su vez, condujo a la normalización de la naturalización del cuerpo en el ámbito de la salud mental, consistió en tratar de dar un diagnóstico que incluyera un criterio biológico. La necesidad de instaurar una medida biológica al diagnóstico se origina, precisamente, en la ambigüedad nosográfica de los trastornos mentales, tal como se vio en el caso de la depresión.

Para las disciplinas dedicadas al estudio de la psicopatología, el problema era que el diagnóstico dependía en gran parte de la experiencia del responsable de turno, lo cual ocasionaba que los diagnósticos tuvieran un amplio espectro de diferencia entre sí. Para la psiquiatría, en su dedicación al estudio del cerebro, el problema era similar pues no se entendían las razones del funcionamiento de los fármacos o los factores diferenciales entre un trastorno y otro.

Tal visión fue inaugurada por el psiquiatra Emil Kraepelin, quien es conocido por sus aportes al estudio y clasificaciones de los trastornos mentales. El autor defendía que la psiquiatría debería tener la misma metodología que las ciencias naturales, apuntando con ello hacia un enfoque reduccionista del cerebro. Sin embargo, la influencia de este tipo de psiquiatría reduccionista y naturalista no tuvo impacto sino hasta que los neo-kraepelianos pudieron incorporar la medida biomédica al DSM. Tal como lo describe Richard Bentall:

Spitzer [un neo-kraepeliano] reconoció que la falta de criterios claros a la hora de definir los trastornos psiquiátricos más importantes era un impedimento de cara al desarrollo de un enfoque biomédico racional para el tratamiento de la enfermedad mental, y tuvo un destacado papel en lo que fue quizás el principal logro de los neo-kraepelianos: la creación de un nuevo enfoque para el diagnóstico psiquiátrico, descrito en la tercera edición del “Manual

Diagnóstico y Estadístico” (DSM), de la Asociación Americana de Psiquiatría, publicado en 1980. (2008, p. 145)

Según Bentall, en el origen de la disputa se encontraba el psiquiatra Emil Kraepelin, quien trataba de dar un fundamento biológico a la anormalidad argumentando que el cerebro de los pacientes psiquiátricos debía ser diferente al cerebro de los pacientes no psiquiátricos. Para Kraepelin la respuesta era afirmativa, aunque no tenía ninguna evidencia que probara su teoría (Bentall, 2014). No obstante, años después, con el avance tecnológico en investigación en el campo de la biología y la neurología, los neo-kraepelianos obtuvieron presuntas bases para sostener que había una diferencia orgánica entre los cerebros de los pacientes psiquiátricos y los de los no psiquiátricos. En concreto, el avance tecnológico fue la resonancia magnética funcional (IRFM, por sus siglas en inglés), de la cual es importante explicar su funcionamiento básico:

En los últimos tiempos, la tomografía axial computarizada ha sido superada por una nueva tecnología conocida como *imagen por resonancia magnética* (irm). En esta técnica se expone el cuerpo a un intenso campo magnético y luego se le transmiten ondas de radio que hacen que el propio cuerpo emita a su vez otras dichas ondas que son decodificadas para proporcionar una imagen tridimensional y más detallada de los órganos internos. En una variante de esta técnica, conocida como *imagen por resonancia magnética afuncional* (irmf), no solo es posible medir la estructura del cerebro sino que se puede identificar qué regiones de éste son las que requieren más sangre oxigenada cuando un individuo realiza diferentes tareas. Esta *respuesta dependiente del nivel de oxígeno en la sangre* (bold, por sus siglas en inglés) se recoge en forma de mapa que muestra qué áreas del cerebro son más activas cuando el individuo lleva a cabo una tarea concreta, en contraste con otra. El uso meticuloso de esta técnica está permitiendo a los psicólogos entender cómo trabajan al mismo tiempo las diferentes regiones del cerebro para generar nuestros pensamientos, sentimientos y acciones. (Bentall, 2014, pp. 261-262)

Las diferencias en el cerebro de pacientes psiquiátricos que ahora eran constatables gracias a la IRFM fueron lo que terminó de darle validez al discurso de la psiquiatría reduccionista, y que después se trasladó a la psicología. No obstante, para muchos filósofos esta supuesta prueba seguía careciendo de valor. Algunas de las razones para

rechazarla fueron las siguientes: 1) lo que se estudia en la IRFM son medidas indirectas, es decir que lo que se mide es el nivel de oxígeno en sangre y no una relación causal de los pensamientos, sentimientos y acciones en el cerebro; 2) no se toma en cuenta que pueda haber lesiones genéticas desde el nacimiento, sino que lo que se observa ya implica un sesgo de los datos que sí pueden ser verificables contra el grueso de la población que se necesitaría estudiar para tener una medida de comparación; 3) no se toman en cuenta los eventos contextuales que pudieran alterar la estructura del cerebro tales como trauma, victimización, abuso sexual, etc.

Específicamente se desea poner el acento en esta última crítica, ya que pone en evidencia que reducir al individuo a su descripción cerebral puede causar daños éticos de gran envergadura. Bentall describe que halló similitudes en el cerebro de personas con psicosis y de personas que habían sido víctimas de abuso sexual:

[...] el cerebro de personas que han sufrido de abuso sexual en la infancia, comparado con el cerebro del resto, muestra un volumen menor en el hipocampo y del cuerpo calloso, una alteración en la simetría de los lóbulos frontales, y una densidad neuronal menor en el cíngulo anterior, regiones todas ellas que han sido relacionadas con la psicosis en un momento u otro. (Bentall, 2014, p. 266)

Esto conduce al problema de revictimizar a las personas adjudicando un trastorno que en su caso no existe, solamente por una serie de coincidencias cerebrales. El problema es aun mayor cuando parte del diagnóstico implica la toma de medicamentos psiquiátricos que alteran el cuerpo de las personas.

Las razones exhibidas demuestran que no hay una base biológica que marque la distinción entre un cerebro de pacientes psiquiátricos contra aquellos que no lo son. Por lo tanto es un fallo sustancial el intento de la psiquiatría de ejercer un reduccionismo cerebral. Sin embargo, este es un tipo de discurso que conviene a los modos de producción del capital.

La supuesta base biológica de los trastornos mentales es un tipo de dinámica de racionalidad tecnológica que marcó el camino para que, sobre todo la industria farmacéutica diera la pauta para afirmar que los trastornos mentales se pudieran justificar como *enfermedades biológicas*, como si algo mental, en efecto, se pudiera tratar del mismo modo que una enfermedad médica como lo es el cáncer o la diabetes. Este cambio de conceptualización lleva a la individualidad a reducirse a la optimización

de su cerebro, lo cual contiene implicaciones éticas notorias que ya eran evidentes para filósofos como Thomas Szasz.

En su publicación más importante, un artículo de 1960 titulado “El mito de la enfermedad mental”, Szasz hacía notar que la simple idea de enfermedad mental es incoherente porque el término *enfermedad* implica una patología física, mientras que no podía encontrarse ninguna patología en el cerebro de los pacientes psiquiátricos (Szasz, 1960). La controversia radica en que para el caso de un trastorno mental no hay una causa biológica como podría ocurrir, por ejemplo, en el caso del cáncer. Teniendo en cuenta lo expuesto, usar un término tal como *enfermedad mental* es incorrecto porque asume que de hecho hay una causa biológica del trastorno. Es así como la falacia de la psiquiatría fue tratar de demostrar que existen las *enfermedades mentales*.

Ahora bien, el privilegio que obtiene el empirismo obedece a una de las dinámicas de racionalidad tecnológica que, a su vez, obedeció al establecimiento de lo cuantificable como criterio de verdad. Es así como el reduccionismo del cuerpo y la propagación del trastorno entendido como supuesta enfermedad mental alcanzan su cúspide cuando se incorpora la medida biomédica al DSM-3, como base para dar un diagnóstico psicoterapéutico. Con esta incorporación el diagnóstico clínico se toma como una medida confiable, pues se pretende que hay una base biológica de fondo. A su vez, la industria farmacéutica cobra cada vez mayor relevancia en la intervención de trastornos que todavía no son bien definidos.

En suma, las dinámicas de racionalidad tecnológica sobre lo psicopatológico se describen aquí como discursos impersonales que están entrelazados con las condiciones sociales de producción, que, a su vez, generan ciertos tipos de individualidad deseables⁶ y que se instauran como aparentemente funcionales debido al uso de avances tecnológicos como fundamento empírico. En base a esta serie de discursos se considerará qué es lo normal o patológico dentro de cada estructura social particular.

⁶ El aspecto crucial sobre los distintos tipos de individualidad deseables es que éstas pueden caer en trastornos mentales. Es así como la propuesta es que no todos los trastornos mentales tienen una base biológica, sino que muchos de ellos dependen de las condiciones sociales a las cuales se tienen que enfrentar los individuos. Algunos autores que sostienen esta tesis son Alain Ehrenberg, Darian Leader o Thomas Fuchs. Para Leader la bipolaridad fue el tipo de trastorno que se comenzó a establecer en la década de 1990 ya que la manía, una parte fundamental del trastorno, encajaba bien con el modo de hiperproducción de la sociedad (2015). En cambio, para Fuchs, el trastorno límite de personalidad entendido en uno de sus aspectos como la fragmentación de las narrativas de identidad, podría incluir un factor social: “[...] la rápida disolución de la estructura de familia tradicional y los roles en la sociedad post industrial, resultado de biografías fragmentadas, [y] la crítica post modernista al concepto tradicional de persona como ser” (2007, p. 381).

En este sentido, si bien el campo de acción donde puede intervenir la psicopatología fenomenológica es la relación del paciente con su mundo de vida y la consideración de su cuerpo orgánico, es importante contemplar también cuáles son las condiciones naturales del mundo en las que está situado. Tal es el enfoque de la fenomenología crítica. Zahavi y Loidolt (2022) rescatan el trabajo crítico a la psiquiatría reduccionista de Jaspers y Minkowski. Para éstos últimos, desde su postura fenomenológica enfatizan el carácter existencial que debería ser parte del trato terapéutico. Para Jaspers la psiquiatría solamente podría progresar si también consideraba la perspectiva experiencial del paciente (Jaspers, 1963). En la misma línea, para Minkowski los síntomas que se puedan presentar en distintos trastornos solamente denotan la superficie del mismo (1970).

Tal como se ha tratado de hacer notar, los discursos más cercanos al reduccionismo del cuerpo favorecen el modo de producción del individuo, ya sea por la rapidez del consumo y el énfasis en la funcionalidad. Ciertamente este tipo de racionalidad tecnológica no considera la experiencia vivida del paciente. Es en este sentido que se destacan las descripciones del mundo de la vida llevadas a cabo en la fenomenología. Si bien la psicopatología fenomenológica ha logrado distintos tipos de análisis centrados en dimensiones como la temporalidad, espacialidad, corporeización, afección, identidad e intersubjetividad, el enfoque para el siguiente apartado solamente rescatará esta última dimensión.

3. Experiencia Subjetiva en la Relación Psicólogo-Paciente

La perspectiva biomédica de los trastornos mentales no es la única perspectiva que existe en psiquiatría o psicología, pero a pesar de ello es una tendencia moderna en el área de salud mental. Que este tipo de discurso resulte un tipo de verdad impersonal que es asumido culturalmente, causa, indudablemente, daños éticos en varios niveles y genera preguntas fundamentales sobre el rol de lo que significa la salud mental.

Los daños éticos se pueden ver reflejados a nivel estructural-cultural en daños iatrogénicos sobre la forma de atención desde los sistemas de salud (Illich, 1975). La medicalización de la vida es parte de este fenómeno. En última instancia se rige mediante la visión de que el cuerpo que puede ser estudiado es el cuantificable mediante una serie de síntomas y signos. De ahí derivan otros problemas a nivel significativo del paciente, tales como *vulnerabilidad existencial*, estigmatización, alienación, reconfiguración, pérdida de su mundo de la vida a partir de *situaciones límite* y el sentido del sufrimiento, entre otros. Por otra parte, el problema de los daños en la autonomía del paciente también es fundamental. Si bien

abordar todos estos temas es un trabajo arduo, desde la fenomenología hay una amplia literatura dedicada a su análisis conceptual. Los matices entre cada uno de los enfoques variarán dependiendo del contexto en que se circunscriban. En este apartado se tratará de dar una perspectiva ética sobre la experiencia subjetiva en la relación psicólogo-paciente.

Para Rosfort la ética no puede estar separada de la psiquiatría, pues uno de los ejes fundamentales debe ser el cuidado del paciente. El reto para esta disciplina es atender al paciente sin reducirlo a su cuerpo, en este sentido

el cuidado y el reconocimiento del paciente como persona se han convertido en partes integrales de la práctica médica contemporánea, pero cómo cuidar concretamente del sufrimiento de una persona sigue siendo un desafío al que los profesionales de la salud se enfrentan a diario. (Rosfort, 2018, p. 2)

Precisamente gran parte de la problemática contemporánea se centra en cómo se tiene que ejercer el cuidado, cómo no romper con los principios éticos de *beneficencia*, *no maleficencia*, *justicia* y *autonomía*⁷ cuando se trata de situaciones complejas, y en especial cuando se trata de casos de trastorno mental.

Específicamente, el principio de autonomía se vuelve complejo porque implica una formación consciente del individuo. Es decir, de un sujeto que mediante una narrativa de identidad determinada ha recolectado el contenido de sus experiencias que le parece más significativo para poder conformarse de tal o cual manera. No obstante, el ejercicio de una persona por poder tener una narrativa de identidad puede ser una tarea compleja.

Sin ir más lejos, Gallagher propone una serie de elementos cognitivos que contribuyen al desarrollo de la competencia narrativa: “hay cuatro contribuciones importantes que actúan como condiciones necesarias para su desarrollo adecuado [de la competencia narrativa] (no patológica): la capacidad para la ordenación temporal, capacidad para la autorreferencia mínima, memoria episódica y autobiográfica, y capacidad para la metacognición” (2007, p. 66). En el caso de un trastorno mental estas condiciones

⁷ Esta serie de principios se expusieron por primera vez en el libro de Beauchamp y Childress *Principios de ética biomédica*. La intención de dichos principios no fue usarlos a modo de manual, sino que fueron planteados como exposición crítica para que, en este caso los profesionales dedicados a la medicina pudieran tener un panorama amplio para ejercer decisiones éticas. No obstante, estos principios se han difundido en todos los ámbitos relacionados con la salud.

no se cumplen necesariamente, lo cual supone problemas éticos sobre la autonomía que se les concede a estas personas.

A ello se debe sumar la estructura de poder que existe en un espacio psicoterapéutico con pacientes que además son psiquiátricos. Es así como la experiencia subjetiva deriva, fundamentalmente, en alienación existencial. Es decir que al estar en un espacio influido por las dinámicas de racionalidad tecnológica y en donde, además, el profesional de la salud solamente se enfoca en la superficie de los problemas que llevaron al trastorno mental, esta persona se ve despojada de su mundo de significación.

Finalmente, la pregunta sigue siendo cómo incorporar la visión que propone la psicopatología fenomenológica a un ambiente práctico y estructurado delineado por las ciencias naturales, que además está sujeto a un sistema de producción donde se favorece la funcionalidad sobre las estructuras de la existencia. Por otra parte, igualmente graves son los daños iatrogénicos que se causan en espacios destinados a la salud mental. Es decir, cómo lidiar con que el objetivo de la serie de técnicas psicológicas sea el de causar un bien, cuando la estructura bajo la que están planteadas no deriva en esta supuesta beneficencia, sino que solamente se reduce al bien en términos de funcionalidad. Si bien no hay una única respuesta clara sobre la incorporación de los análisis en psicopatología fenomenológica a la práctica clínica, sí es destacable su valor ético en el trato existencial del paciente.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*.
- Bentall, R. (2014). *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder Editorial.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Ediciones Nueva Visión.
- Friedrich, S. (2018). *La sociedad del rendimiento: Cómo el neoliberalismo impregna nuestras vidas*. Katakak liburuak.
- Fuchs, T. (2018). The life-world of persons with mood disorders. En G. Stanghellini et al. (eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (pp. 617-633). Oxford: Oxford University Press.
- Fuchs, T. (2007). Fragmented selves: Temporality and identity in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 40(6), 379-387.
- Gallagher, S. (2007). Pathologies in narrative structures. *Royal Institute of Philosophy Supplements*. 60, 65-86.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.

- Jaspers, Karl. (1963). *General Psychopathology*. Hamilton Chicago: University of Chicago Press.
- Leader, D. (2015). *Estrictamente bipolar*. Madrid: Sexto Piso.
- Minkowski, Eugène. (1970). *Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies*. Evanston: Northwestern University Press.
- Rosfort, R. (2018). Phenomenological Psychopathology and Psychiatric Ethics. En G. Stanghellini et al. (eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (pp. 972-986). Oxford: Oxford University Press.
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American psychologist*, 15(2), 113.
- Zahavi, D. & Loidolt, S. (2022). Critical phenomenology and psychiatry. *Continental Philosophy Review*, 55(1), 55-75.