

# Historia y neurociencias: PSIQUIATRÍA E INVESTIGACIÓN NEUROBIOLÓGICA: ENTRE LA FASCINACIÓN Y LA INSATISFACCIÓN

**Jorge Carlos Holguín Lew\***

Doctor, ¿eso es como del cerebro, o es que él es malicioso...?  
Padres de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

## Resumen

En psiquiatría todavía existe una posición ambigua acerca de si las causas de los trastornos mentales corresponden a fenómenos puramente neurobiológicos o psicológicos. Esta coexistencia de hipótesis causales contrapuestas puede considerarse el producto de una serie de hechos e ideas que ha determinado la evolución de la psiquiatría como disciplina médica. En el presente artículo se presenta una versión resumida de algunos aspectos históricos y conceptuales relevantes para entender esta situación y se enuncian algunas perspectivas para disminuir la tensión existente entre las nociones de casualidad cerebral y no cerebral en psiquiatría.

**Palabras clave:** historia de la psiquiatría, psiquiatría, neurociencias, neurobiología.

**Title:** History and Neurosciences. Psychiatry and Neurobiologic Investigation: Between Fascination and Frustration

## Abstract

In psychiatry there is still an important ambiguity concerning the causes of mental disorders in terms of their putative origin in purely neurobiological or on the contrary purely mental phenomena. The coexistence of antagonistic causal hypothesis can be considered as a product of a series of ideas and events that have been determinant in the evolution of psychiatry as a medical discipline. The present paper presents a summarized version of some relevant historical and conceptual issues related to this situation. In addition some ideas that can be useful for diminishing the existing tension between these notions about causality are enounced.

**Key words:** history of psychiatry, psychiatry; neuroscience, neurobiology.

---

\* Médico psiquiatra de la Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín), Mphil Psicopatología e Historia de la Psiquiatría Universidad de Cambridge (Reino Unido), EC en Neuropsiquiatría Universidad de Cambridge, profesor del Posgrado en Psiquiatría Universidad de Antioquia.

## Introducción

Afirmar que existe una estrecha relación entre los trastornos mentales (TM) y las alteraciones en la estructura y los procesos del sistema nervioso central (SNC), puede parecer hoy en día una verdad 'trasnochada' que no genera mucha controversia. Sin embargo, cuando se afirma que los problemas que enfrentan los pacientes psiquiátricos pueden ser *enteramente explicados en términos de la actividad físico-química del SNC*, y que, por lo tanto, su solución depende *exclusivamente de la modificación de ésta*, tiende a surgir cierta incomodidad (aun entre algunos de los psiquiatras que aceptan sin mayores reservas la primera afirmación). ¿Por qué ambas ideas, siendo aparentemente tan similares, tienen un grado de aceptación diferente? ¿Por qué a pesar de los innegables avances tecnológicos y técnicos en las neurociencias, la neurobiología de la mayoría de los TM sigue sin especificar? ¿Por qué si la psiquiatría es una rama de la medicina existen dudas en su interior y en algunos casos rechazo frente a la unicausalidad cerebral? ¿Por qué coexisten en psiquiatría tratamientos de índole tan supuestamente diferentes como las psicoterapias y los psicofármacos?

A pesar de que para algunos es posible (e incluso deseable) eludir los debates conceptuales e históricos para centrarse en el ejercicio empírico-

investigativo, diversos autores han sugerido que en realidad varias de las dificultades de la psiquiatría como actividad médica son el resultado de aspectos teóricos no resueltos que ésta ha 'heredado', problemas que siguen teniendo una gran influencia en la actualidad.

Este artículo consta de dos secciones principales. En la primera se enuncian de manera muy breve algunos aspectos históricos (sucesos) y conceptuales (ideas) que han influido en el desarrollo y mantenimiento de diferentes hipótesis causales en psiquiatría. En la segunda, algunas perspectivas que podrían favorecer la renovación de las discusiones acerca de causalidad y psiquiatría, que han caído en la repetición de argumentos principalmente retóricos (en el sentido de estar diseñados *para convencer pero no para demostrar*). Como es de esperarse, teniendo en cuenta el tema, este artículo no logrará abarcarlo en su extensión y profundidad, ni dar respuestas definitivas. Al igual que otros textos al respecto, éste tiene un carácter meramente introductorio. Es un punto de partida para otras posibles discusiones.

El cerebro y la mente  
como *locus* causales de los  
trastornos mentales

Se puede afirmar, sin mucho riesgo, que a lo largo de la historia se

han propuesto dos tipos principales de causas de los TM: unas corporales y otras no corporales, es decir, unas intrínsecas a la constitución y funciones biológicas del individuo y otras que para actuar no requieren un estado particular del organismo.

En los últimos siglos, éstas se han traducido como causas cerebrales y no cerebrales, y aunque en las últimas décadas se ha intentado proponer modelos teóricos que podrían ayudar resolver esta dicotomía entre causas 'cerebrales' y 'no cerebrales', éstos no han logrado el impacto que se esperaría en el ámbito de la comunidad psiquiátrica. Un aspecto muy interesante de la psiquiatría es que ninguno de estos tipos de perspectivas frente a las causas ha logrado desplazar enteramente a la otra. En especial, durante los últimos doscientos años la psiquiatría ha presenciado los frecuentes cambios en el enfoque dado a uno u otro tipo de posturas en el interior de programas de formación, líneas de investigación, sitios de trabajo y medio sociocultural. La coexistencia de hipótesis en competencia refleja problemas no resueltos de índole tanto conceptual (teóricos) como empírica (hallazgos). En esta sección se hará hincapié en algunos hechos e ideas que permiten entender mejor (o al menos parcialmente) por qué coexisten hipótesis tan disímiles dentro de la comunidad psiquiátrica.

## El contexto de atención

Es un hecho aceptado que las hipótesis que se generan acerca de algún evento determinado en medicina dependen en gran medida de las poblaciones de individuos que se estudian. Durante el siglo XIX existían dos grandes tipos de contextos en que se atendían pacientes con alteraciones de la conducta: uno asilar y el otro no asilar. Ambos tipos de poblaciones diferían en varios de los aspectos que motivaban su atención por parte del médico. Por sus características y al ser motivo de estudio por parte de la medicina, estas poblaciones favorecían diferentes tipos de explicaciones causales.

### Asilos, alienados y alienistas

En el asilo se atendían los pacientes con TM más graves, más disruptivos socialmente, con mayor morbilidad por causas sistémicas o neurológicas y con un curso generalmente más desfavorable. Los médicos a cargo (alienistas) tenían mayores probabilidades de encontrar una semiología de enfermedad corporal como factor asociado a las alteraciones de la conducta (por ejemplo, la parálisis general progresiva). Esto, sumado a la predominancia del paradigma médico, favoreció en parte que se plantearan hipótesis de causalidad orgánica acerca de los TM. Estas hipótesis alcanzan su época de mayor fortaleza con la

identificación de los sustratos anatómopatológicos de las alteraciones de la conducta en pacientes con neurosífilis y lesiones traumáticas del cerebro. Los indicios de una relación directa entre lesión cerebral y alienación mental proveen el respaldo para el llamado modelo *anatomoclínico* (TM igual a lesión cerebral) y la teoría de que “las enfermedades de la mente son enfermedades del cerebro”.

#### Las poblaciones no asilares

De manera relativamente paralela a la labor intraasilar, una serie de pacientes y de médicos se encuentra por fuera del asilo. Estos pacientes consultan médicos no alienistas (principalmente neurólogos) y, en general, sus padecimientos no son ni tan graves ni tan disruptivos como los de las poblaciones asilares. Se trata de individuos con quejas de ansiedad, ánimo depresivo y quejas somáticas múltiples (dolor, impotencia funcional, fatiga, etc.). También es posible que pacientes con formas menos disfuncionales o atenuadas de trastornos mayores o alteraciones de la personalidad estuvieran sobrerrepresentados en estas poblaciones. De alguna forma, aunque estos individuos presentan alteraciones en su conducta, no cumplen con los criterios tradicionales de ‘locura’. El médico se encuentra con pacientes en quienes no es posible evidenciar una base

somática para sus quejas, lo cual favorece que se planteen causas y mecanismos psicológicos (de disfunción puramente mental) para el origen de sus padecimientos.

A pesar de que hoy en día no existe el asilo como tal, los clínicos y los investigadores siguen entrando en contacto con poblaciones de pacientes muy diversas. Aquellos que trabajan (o que deciden escoger sus poblaciones de estudio) en hospitales de nivel terciario atenderán pacientes con mayor gravedad, peor pronóstico, mayor comorbilidad psiquiátrica o de otros sistemas y probablemente con características socioeconómicas diferentes, cuando se comparan con los pacientes ‘captados’ a través de la consulta ambulatoria.

La expresión *ilusión del clínico* se refiere a este fenómeno. Implica que el contexto de atención puede sesgar nuestras observaciones e hipótesis acerca de los problemas de salud que atendemos. Podemos afirmar que esta *ilusión del clínico* ha estado operando de manera importante durante los últimos doscientos años y que sigue favoreciendo la generación de hipótesis causales influidas por el contexto de atención.

#### Organicistas y no organicistas

Parece muy probable que las paradojas generadas por la heterogeneidad de las poblaciones de pacien-

tes y de médicos hayan contribuido a la polarización de las posturas teóricas acerca de sus causas. Por una parte, fuera del ámbito de los trastornos inducidos por sustancias, las demencias, el retraso mental, la neurosífilis y los traumas cerebrales, el modelo anatomopatológico no logra identificar de manera convincente lesiones cerebrales para los pacientes con melancolía, paranoia, demencia precoz y psicosis maniaco-depresiva. Aunque el modelo anatomopatológico en su versión más radical es dejado de lado, durante el siglo XX los desarrollos en el entendimiento de la fisiología cerebral ayudan a preservar las hipótesis cerebrales de los TM, al determinar que la neurotransmisión y otros eventos neurofisiológicos pueden estar alterados sin necesidad de que haya una lesión evidente (macroscópica) en el SNC. Esto favorece que las teorías de causalidad cerebral se extiendan posteriormente a pacientes con TM menores, al disminuir la necesidad de demostrar lesión macroscópica.

Por otra parte, aunque las hipótesis psicológicas dan alternativas para aquello que las hipótesis organicistas no logran, tampoco resuelven de manera satisfactoria la pregunta acerca del origen de los TM. Estas limitaciones en el poder explicativo de las diferentes hipótesis son alimentadas por el contexto de atención, lo cual a su vez favorece la dicotomía entre posturas “organicistas

y psicologistas”, situación que aun hoy en día persiste, así se utilicen otros nombres como psiquiatría biológica, paradigma biopsicosocial, paradigma psicodinámico, etc. Adicionalmente, favorece el surgimiento de otras dicotomías como orgánico-funcional/psicógeno, endógeno-exógeno/reactivo, neurosis-psicosis, etc., cuyo sentido se extiende más allá de una teoría de las causas y se incorporan a la clínica para convertirse en recursos para el diagnóstico, pronóstico y terapéutica. Estas dicotomías reflejan el problema conceptual en que encuentran los psiquiatras a la hora de definir su objeto de estudio. ¿Es la psiquiatría una medicina del cerebro o de la mente? ¿Cuál tipo de explicación debe ser favorecida en aras de llevar al máximo las posibilidades de avance de la psiquiatría? ¿Es posible que haya pacientes en quienes operan causas cerebrales puras y en otros causas mentales puras? Si lo anterior es plausible, ¿cómo saber cuándo opera primariamente alguna de éstas?

El contexto técnico-tecnológico

Durante largo tiempo escasearon las medidas de tratamiento para los TM. Cuando se logró detener y en algunos casos revertir el curso de la neurosífilis con la producción de hipertermia (como es el caso de la malarioterapia), comienza la era de los tratamientos ‘biológicos’. Los trata-

mientos de base biológica desarrollados posteriormente (terapias convulsivas y medicamentos) contribuyen al ‘rescate’ de la noción de causalidad cerebral. Éstos actúan sobre la neurobiología alterada, corrigiéndola o compensándola de alguna manera y, por lo tanto, los TM deben ser consecuencia de dichas alteraciones.

Sin embargo, otros tipos de tratamiento, en especial las llamadas terapias psicológicas, demuestran también efectividad de manera empírica (incluso en algunos casos superior a las terapias de base biológica, en casos como las fobias). Por lo tanto, desde principios del siglo XX, junto con las hipótesis causales, compiten dos grandes tipos de tratamientos:

- Unos que actúan a través de la modificación directa de la fisiología (y como se hará evidente desde la segunda mitad del siglo XX sobre la microestructura) del SNC.
- Otros en los cuales, aunque puede haber algún tipo de efecto sobre la actividad cerebral, no son considerados terapias biológicas per se y en los cuales predomina la modificación del ambiente y sus estímulos, del aprendizaje, de los procesos psicológicos en sí mismos y del significado de la experiencia del individuo.

Aunque ambos tienen limitaciones de efectividad (los medicamentos no

mejoran de manera importante las fobias o los trastornos de personalidad y las terapias psicológicas no son tan efectivas como los medicamentos en casos como los trastornos bipolares y la esquizofrenia) estos tratamientos han conseguido la aceptación suficiente entre la comunidad psiquiátrica y sectores de la sociedad en general como para ser conservados dentro del “armamentario terapéutico” del psiquiatra e, incluso, ser combinados.

Desde otra perspectiva, las técnicas de exploración del SNC (por ejemplo, neuroimagen) y otros sistemas (por ejemplo, endocrino, genética, etc.) favorecen la búsqueda de los correlatos neurobiológicos de los TM. Aunque estas técnicas no han logrado definir de manera contundente los sitios y procesos específicos de disfunción cerebral de los TM, han aportado suficientes pruebas como para que en la actualidad se siga considerando de gran importancia este tipo de investigación en psiquiatría. Si el péndulo sigue oscilando entre las perspectivas psicológica y neurobiológica, es también en parte porque:

- No en todos los problemas de salud que son motivo de atención por el psiquiatra se logra identificar de manera consistente una alteración específica del cerebro.
- Eventos como las relaciones interpersonales, los sucesos vitales o los factores socioeconómi-

cos y culturales demuestran asociación e influencia en la aparición y mantenimiento de los TM.

Adicionalmente, estos eventos parecen operar a través de mecanismos diferentes a aquéllos generados a partir de la disfunción primaria del cerebro (incluso en individuos cuyo cerebro parece estar sano).

- Se han desarrollado métodos de captura de información no biológica: cuestionarios, tests, escalas, entrevistas clínicas, métodos cualitativos, etc., y éstos han proporcionado información suficientemente útil para la investigación y la práctica psiquiátrica. Esto plantea la duda acerca de si el nivel de análisis exclusivamente neurobiológico es suficiente para capturar, describir y explicar los TM.

### Contexto sociocultural

La influencia del entorno sociocultural en la génesis de los TM ha sido desde hace tiempo un área de investigación tanto en el interior como en el exterior de la psiquiatría. Desde esta perspectiva, los TM no son tan sólo entidades naturales, susceptibles de descripción y explicación a partir de los métodos utilizados para describir entidades como plantas, animales, etc., sino que además tienen un componente fuertemente determinado por una serie de cón-

gos y creencias originados dentro de una sociedad en particular. Las posibles relaciones entre el contexto sociocultural y los TM incluyen:

- El contexto sociocultural como generador de creencias, actitudes y conductas acerca de salud, enfermedad y, en este caso, de los TM, su diagnóstico y tratamientos.
- El contexto sociocultural como fuerza patoplástica, al influir en el lenguaje y las temáticas de los problemas de salud. De cierta manera este contexto define los tipos de expresiones socialmente significativas y la valencia positiva o negativa que les son asignadas a estos eventos, a las cuales recurren tanto médicos como pacientes.
- El contexto sociocultural como generador de estresores que pueden desencadenar o perpetuar los TM. En este sentido, también podría hablarse de entornos protectores.
- La sociedad como contexto político y económico que regula los recursos, derechos y actitudes de un grupo humano determinado en relación con “sus pacientes”.
- La sociedad como regulador de las relaciones entre médicos y pacientes.
- La comunidad psiquiátrica como un colectivo que es permeable a las influencias del contexto sociocultural.
- La comunidad psiquiátrica como un colectivo que de manera similar a otros grupos humanos es

susceptible de ser influenciado en sus ideas, decisiones y conductas por intereses económicos, políticos y psicológicos particulares (por ejemplo, en lo relacionado con la industria farmacéutica, en la formación de clanes que se disputan el poder, fenómenos como el dogmatismo, etc.).

El problema surge al intentar determinar cuáles eventos sociales tienen influencia, qué tipo de influencia tienen y cómo dicha influencia se expresa en los TM y en la manera de enfocarlos. Cuando se confrontan con los argumentos de causalidad biológica, surgen varias posibilidades:

- Se trata de dos niveles de análisis diferentes, cada uno con un poder explicativo específico. Por lo tanto, pueden ser explorados de manera relativamente independiente y no siempre se necesitará recurrir al nivel de análisis neurobiológico para que argumentos como los socioantropológicos tengan validez.
- Los eventos sociales *no son la causa última* (pueden ser consecuencias o disparadores), pero aun así tienen un papel importante en la explicación de los TM.
- Los factores socioculturales no son relevantes para la explicación etiológica.
- Los factores socioculturales son los únicos relevantes.

Sin embargo, el punto aquí es considerar si las sociedades influyen en la difusión-aceptación de ciertos tipos determinados de hipótesis causales. Se puede afirmar que algunas de ellas logran mayor difusión y aceptación que otras en determinadas épocas, en parte importante por el contexto sociocultural donde se originan. A manera de ejemplo, una de las razones por las cuales el llamado paradigma *materialista biomédico* (donde las hipótesis cerebrales de los TM desempeñan un papel central) ha sido defendido por sus proponentes es la noción de que considerar las alteraciones de la conducta como enfermedades equivalentes a la hipertensión, la diabetes, etc. libera de estigma y discriminación a los pacientes. Adicionalmente, al estar respaldada por los conceptos tradicionales de enfermedad, favorece que los pacientes tengan acceso a tratamiento y protección de sus derechos.

Por lo tanto, las hipótesis neurobiológicas no sólo serían más correctas en términos científicos, sino que además lo serían desde las perspectivas de la ética y el humanitarismo: les hacen bien a los pacientes. Esta versión del problema ha sido ampliamente difundida y sin duda ha ganado un grado importante de aceptación importante entre varios sectores de la sociedad, en especial a partir de la creación de asociaciones de pacientes y familiares. Esta visión de los TM como

enfermedades equivalentes a otros tipos de padecimiento es difundida y perpetuada a través de la psicoeducación y otras estrategias psicosociales, que son transmitidas tanto a los pacientes como a sus familias y a la sociedad en general. Sin embargo, esta perspectiva es cuestionada y existen importantes críticas como las originadas en la antipsiquiatría y en diversas áreas de la psicología.

Aunque los argumentos antipsiquiátricos han sido ampliamente rebatidos, se puede afirmar que en el ámbito mediático se siguen presentando de manera recurrente.

Por otra parte, varias escuelas psicológicas cuestionan la utilidad del paradigma médico tradicional, en cuanto convierte a los pacientes en receptores pasivos de una desgracia. Estos cuestionamientos hacen hincapié en la necesidad de entender los problemas de salud de los pacientes en términos más amplios, teniendo en cuenta no sólo los aspectos disfuncionales, sino también aquellos que están preservados en el individuo y las ventajas de inculcar la idea de trabajo conjunto, en la cual los pacientes son participantes activos y responsables de diversos aspectos de su bienestar y funcionalidad.

#### El contexto de las ideas

Las hipótesis causales en psiquiatría reflejan también el auge o decli-

namiento de ciertos conceptos a través del tiempo. Estos conceptos no son propios de la psiquiatría, sino que surgen en otras disciplinas como la filosofía, la biología, la psicología, la antropología, la sociología, etc., que son incorporadas en algún momento por autores psiquiátricos y adaptados de acuerdo con sus necesidades teóricas o prácticas. Cuatro grupos de ideas se han considerado centrales para el desarrollo de estas hipótesis:

- Ideas acerca de la relación mente-cuerpo.
- Ideas acerca de la ciencia.
- Unas ideas acerca de qué es salud y qué enfermedad.
- Una serie de ideas y preceptos acerca de lo que es la psiquiatría o debiera ser.

Estas ideas no se aplican de manera independiente, sino que convergen en la obra de los distintos autores. Adicionalmente, la reacción (la respuesta conceptual) a un tipo determinado de ideas por parte de la comunidad psiquiátrica ha sido igualmente importante. Algunos elementos acerca de las ideas sobre salud-enfermedad ya se han esbozado en secciones anteriores y, por lo tanto, se hará hincapié aquí en la relación mente-cuerpo y la ciencia. Aunque ambos problemas son diferentes, por motivos históricos, ideológicos, teóricos y prácticos, en psiquiatría se encuentran fuertemente ligados y con frecuencia se confunden. El lla-

mado problema mente-cuerpo se refiere a la postura que se adopte frente a las siguientes preguntas:

- ¿Existen o no dos tipos de sustancias: una material o corporal y la otra no material o mental?
- ¿Cuáles son sus posibles relaciones si existen o no relaciones causales entre ellas o si una tiene preeminencia causal frente a la otra?

A pesar de que la postura dualista (que acepta la existencia de dos tipos diferentes de sustancia, una mental y otra corporal) ha sido fuertemente rebatida desde un punto de vista conceptual, disciplinas como la psiquiatría carecen de una armazón teórica que permita de manera satisfactoria:

- Eliminar definitivamente una de ellas, por ejemplo, definir y tratar todos los problemas de salud de las personas que acuden al psiquiatra en términos de disfunción cerebral.
- Establecer una versión que permita combinar las nociones de causalidad mental y cerebral de manera no ambigua, sin hacer referencia a entidades o estados no materiales, que pueda trasladarse de manera efectiva a la investigación y práctica clínica.

Las perspectivas en las que se defiende un continuo entre cerebro y mente, sin por ello incurrir en el eli-

minativismo, no han sido incorporadas aún de manera satisfactoria al discurso y la práctica psiquiátricas. Por esto en psiquiatría existe todavía una especie de 'disociación' entre el discurso y la práctica clínica, donde a pesar de que el primero es antidualista, en la segunda con frecuencia se sigue utilizando la división entre lo mental y lo cerebral, como si fueran en efecto dos tipos de sustancias/entidades diferentes y separadas.

El problema mente-cuerpo se ha entremezclado con las posturas acerca de cuál es la mejor forma de obtener un conocimiento de la conducta lo más cercano a la 'realidad'. Aquí es donde la dicotomía entre ciencia y hermenéutica entra en acción. Por una parte, los psiquiatras más afines con el materialismo biomédico se adhieren a la propuesta del método científico, en especial a partir de su forma positivista (en la cual los postulados psicológicos son presumiblemente reducibles a postulados de las llamadas ciencias naturales). Esta postura es muy compatible con las teorías del cerebro como sustrato, tanto de la conducta normal como alterada. Por otra, aquellas disciplinas que aceptan que los eventos psicológicos (ideas, creencias, temáticas, intenciones, deseos, significado de experiencias vitales, etc.) pueden tener papel causal por sí mismos, sin necesidad de apelar a la existencia de un estado cerebral en particular, se han dividido

en dos grandes grupos: aquellos cercanos a las propuestas conductistas (relaciones estímulo-disposiciones para actuar-conducta) o cognitivistas (relaciones nociones-esquemas cognitivos-conducta) y aquellas interesadas en la interpretación del significado de los estados mentales (usualmente un significado de tipo no consciente) como causales de la conducta (cercanos a los llamados métodos hermenéuticos).

En el caso de los cognitivistas y conductistas, hay cercanía con el llamado método científico, aunque tienden a defender la tesis de la autonomía de la psicología frente a las neurociencias (no siempre es necesario especificar el estado del sustrato neurobiológico y los fenómenos estímulo-respuesta o las cogniciones pueden ser causales de la conducta por sí mismos).

En el caso del psicoanálisis, de la psicología social, de la socioantropología, etc., se cuestiona que el método científico sea la única y mejor manera de obtener un conocimiento, especialmente cuando se hace referencia a las vivencias subjetivas de las personas y a sus relaciones interpersonales.

De nuevo, propuestas recientes en las cuales se intenta sobrepasar esta dicotomía entre tipos y métodos de conocimiento no han logrado una difusión importante en el interior de la comunidad psiquiátrica.

### Algunas perspectivas sobre la investigación causal en psiquiatría

Como se ha mencionado a lo largo del artículo, a pesar de los innegables desarrollos en la investigación neurobiológica, en cuanto a sus hipótesis, paradigmas experimentales e instrumentos de análisis, todavía no han logrado superar limitaciones e inconsistencias en sus hallazgos.

Más que una serie de propuestas dirigidas al mejoramiento de la investigación neurobiológica, los puntos que se mencionan a continuación se refieren de manera global a la investigación causal en psiquiatría y a cómo se concibe la práctica psiquiátrica en relación con los modelos causales que se adopten. A partir de estos argumentos sería posible favorecer tanto la investigación neurobiológica como aquella enfocada a definir el papel y peso causal de otros fenómenos que hacen parte de los problemas de salud de los pacientes.

¿Por qué es lícito investigar acerca de fenómenos cerebrales en psiquiatría?  
¿Por qué es lícito investigar acerca de otros tipos de fenómenos?

Debido a la falta de acuerdo frente a las causas de los TM, en opinión del autor continúa siendo necesario hacer una defensa de ambas posturas. Esta defensa no debe confundirse con eclecticismo, con un mero afán conciliatorio o con una concep-

ción dualista del problema. Básicamente intenta reflejar cierto grado de prudencia y pragmatismo frente a la cuestión. Aquellos quienes consideran que en psiquiatría se puede trivializar o incluso prescindir de explicaciones cerebrales o de explicaciones psicológicas, tendrán que demostrarlo. Con respecto a la neurobiología, la defensa tiene los siguientes componentes:

1. Existen suficientes indicios en el sentido de que el cerebro y la conducta están relacionados.
2. Existen suficientes pruebas para pensar que existe una relación estrecha entre varios TM y la disfunción cerebral.
3. Existen suficientes hallazgos para pensar que varios de los tratamientos que han sido beneficiosos para los pacientes logran dicho efecto favorable a partir de la modificación de la actividad/estructura cerebral.
4. La psiquiatría, como rama de la medicina, requiere estar familiarizada con los efectos que tiene la actividad del cerebro (y de otros sistemas) sobre la conducta.
5. Para considerar irrelevante el conocimiento de la neurobiología, se necesitaría demostrar que los eventos neurobiológicos no están relacionados con los TM.
6. Basados en lo anterior, se puede afirmar que un mejor conocimiento de la neurobiología de los TM favorecerá el conocimiento y la práctica de la psiquiatría, a la

vez que ofrecerá alternativas importantes para la salud de los pacientes.

Criticar a un estudiante o a un psiquiatra porque le interesa investigar la neurobiología de los TM es una crítica que se puede considerar no pertinente. Es como criticar a un sociólogo por estar interesado predominantemente en un aspecto particular de las relaciones sociales. Críticas/cuestionamientos pertinentes (y más útiles) serían: ¿es el nivel neurobiológico el único necesario (o el único útil) para el estudio de los TM? ¿Puede aplicarse de manera general a todas las situaciones que encuentra el psiquiatra en la práctica cotidiana? ¿Hasta qué punto la utilización de psicofármacos se prefiere sobre la utilización de psicoterapias, por motivos económicos y no por motivos científicos? ¿Por qué utilizar un psicofármaco en situaciones donde no ha demostrado ser más eficaz que otras medidas? Etc.

La segunda defensa tiene que ver con la investigación acerca de otras posibles causas y mecanismos de los TM. Como otras causas y mecanismos se incluyen las relaciones funcionales entre eventos psicológicos, las relaciones interpersonales/sociales, el significado personal de eventos vitales, etc. Se basa, al menos, en los siguientes componentes:

1. Las explicaciones neurobiológicas no logran dar cuenta de to-

- dos los fenómenos que son de competencia del psiquiatra.
2. Existen hallazgos que apoyan la idea de que otros tipos de eventos (diferentes al estado cerebral del paciente en un momento particular) parecen desempeñar un papel importante en el origen, en el desarrollo y en el mantenimiento de algunos TM.
  3. Para considerar importantes estos eventos no es necesario especificar un correlato neurobiológico determinado.
  4. Aunque se demostrara que estos eventos no son causas, sino consecuencias, no dejarían de ser importantes para la psiquiatría, tanto en términos teóricos como prácticos.
  5. Existen tratamientos efectivos que no parecen actuar *primariamente* a través de la modificación neurobiológica, sino a través de la modificación de los contenidos y significados codificados en el cerebro.  
Para considerar que estos tratamientos son efectivos no se necesita pensar que son equivalentes en su mecanismo de acción a los psicofármacos.
  6. Otras ramas de la medicina utilizan con éxito medidas no farmacológicas. Por lo tanto, utilizar tratamientos no farmacológicos no nos aparta de la medicina.
  7. Para considerar que estos eventos son irrelevantes se requeriría demostrar que no están relacionados con los TM.

Criticar a un estudiante o psiquiatra por estar interesado en la investigación acerca de eventos relacionales, sociales, etc., en relación con los TM es una crítica que tampoco considero pertinente. Dado el momento actual del conocimiento, sería como criticar a un psiquiatra por estar interesado en la investigación neurobiológica. Críticas más pertinentes (y útiles) serían: ¿son los factores relacionales o la experiencia personal los únicos necesarios para entender los TM? ¿Hasta dónde puedo explicar los problemas de salud de un paciente sin recurrir a nociones provenientes del paradigma biomédico? ¿Qué tan útil es para el paciente en cuestión no tener en cuenta sus estados cerebrales? ¿Desdénar la contribución causal del cerebro en los TM es realmente más ‘humanitario’? ¿Qué tan benéfico es un tratamiento psicológico determinado? ¿Por qué afirmar que las explicaciones psicodinámicas (o cognitivas o conductuales) son ciertas o mejores? ¿Hasta dónde es posible que la escogencia de un tratamiento psicológico no esté sustentada en la efectividad, sino en la conveniencia de quien lo aplica?, etc.

En la psiquiatría actual no debería ser motivo de escándalo que se examine la conducta anómala, en términos del cerebro, de las relaciones funcionales entre operaciones cognitivas, de las relaciones interpersonales o del significado personal de un evento. El reto está en elaborar

formas de entender cómo estos fenómenos se presentan en *las personas* y cómo contribuyen a la conducta considerada anómala.

### Causas y razones: una perspectiva prometedora

Queda claro, entonces, que en psiquiatría nos enfrentamos a una serie de eventos diferentes que parece desempeñar un papel determinante en la conducta alterada. Algunos autores han planteado la utilidad de dividir estos eventos en *causas y razones*. Como *causas* se entendería, a grandes rasgos, eventos desprovistos tanto de información semántica como de funcionalidad biológica. Por *razones* se entendería una serie de eventos provista de información semántica (significado), que aunque tiene una potencial funcionalidad adaptativa para ciertos contextos, por diversos motivos se inserta y mantiene en la conducta de una manera inapropiada, generando problemas.

Aunque ambos tipos de eventos utilizan el sustrato neurobiológico, en el caso de las causas éste se encuentra averiado. Se trataría de individuos atrapados por un cerebro que “juega al teléfono roto”. En el caso de las razones, el sustrato biológico preservaría su integridad, pero su utilidad pragmática para el individuo sería limitada (de ahí que sus conductas sean consideradas dis-

funcionales). Se trataría de individuos atrapados en la reiterada utilización de estrategias contextualmente desventajosas o que perpetúan contenidos-significados de su experiencia (sus razones para la acción) que son maladaptativos.

Serían individuos que “juegan al teléfono roto”. En las causas, el cerebro es el *sustrato de origen*; en las razones, el *sustrato de implementación*. Ambos tipos de eventos requerirán niveles y métodos de análisis diferentes (aunque no forzosamente separados).

A partir de estos argumentos se generan tres posibilidades: pacientes en quienes principalmente operan causas, pacientes en quienes principalmente operan razones y pacientes en quienes operan ambos tipos de fenómenos. Es importante aquí introducir la noción de redes causales: diversos eventos se combinan de manera compleja para generar unas consecuencias o efectos.

Lo fundamental es reconocer que estas interacciones no son lineales y, por lo tanto, tienen un grado importante de incertidumbre (baja predictibilidad inicial), a la vez, que son muy dinámicas (cambian con el tiempo), que en ellas intervienen tanto eventos intra como extrapersonales (se alimentan de diferentes tipos de información) y que ciertas consecuencias en un momento determinado pueden fortalecer o ate-

nuar la acción de causas/razones (las redes causales permiten la retroalimentación).

También la manera de modificarlos puede ser diferente. Para las causas se preferirían métodos dirigidos a la modificación directa de la fisiología cerebral. Para las razones, métodos enfocados en modificar los contenidos-significados de la experiencia y la utilidad pragmática de las conductas. Sin embargo, es posible que un medicamento provea un ambiente neurobiológico favorable que poco a poco modifique o atenué las razones. A su vez, una psicoterapia podría con el tiempo modificar la estructura/funciones cerebrales atenuando las causas. De ahí que con frecuencia se requieran ambos tipos de intervención, y que ambas puedan ser “puertas de entrada” para la terapéutica.

Aunque se ha expuesto de manera muy superficial y esta perspectiva tiene también sus limitaciones, parece interesante que los psiquiatras se familiaricen con ella, en aras de intentar remover las posturas dicotómicas acerca de causalidad y poder contar con verdaderas hipótesis integradoras. Estas hipótesis parecen más prácticas, consistentes (y por qué no, más realistas) frente a la complejidad que observamos en los TM. Parece muy probable que la psiquiatría requiera hipótesis explicativas que sirvan como marco de referencia general (las esquizofrenias,

las causas), pero a la vez permitan individualizar el análisis para el caso particular (el paciente Juan que enfrenta, entre otras situaciones, su esquizofrenia, las razones). Sería posible también que en un futuro la psiquiatría, en cuanto especialidad médica, haga hincapié en las causas como su objeto de estudio, sin dejar de estar interesada en las razones.

#### Refinar la psicopatología: definir señal y ruido

Mientras los criterios de caso estén contruidos en términos psicopatológicos, para que la investigación neurobiológica tenga mayor éxito se necesita refinar la psicopatología.

Esta tarea no es simplemente aplicar mejor los criterios DSM o CIE.

Se trata de una verdadera actualización del lenguaje psicopatológico haciéndolo más compatible con otros sistemas de captura de información contemporáneos (como las neuroimágenes o la genética). Para esto es necesario depurar la carga informacional de los síntomas: definir qué información se comporta como ruido y cuál como señal, de acuerdo con los propósitos y nivel de análisis del investigador. Los estudios del tipo “Levanten la mano los que oyen voces... Vengan les hacemos una resonancia magnética” tendrán menor poder explicativo. Contendrán demasiado ruido.

### Psiquiatras mejor informados acerca de aspectos históricos y conceptuales

En medicina, como en otras disciplinas, se tiende a pensar que lo actual es siempre superior a lo pasado, simplemente porque lo de ahora refleja progreso y lo de antes ignorancia. A lo largo de este artículo se han expuesto diversos elementos que, se espera, ayuden a derrumbar este mito. El estudio de la historia y de las ideas permite entender mejor el estado actual de una cuestión determinada. Adicionalmente, nos aleja de los prejuicios, de los seudohechos y de las seudonovedades. Finalmente, es una fuente de ideas para la investigación.

La psiquiatría, tal vez más que otras disciplinas médicas, se enriquecería bastante con la incorporación de cátedras acerca de estos aspectos.

Sin embargo, estas cátedras en general han tenido un éxito escaso en nuestro medio, puesto que probablemente el enfoque de nuestros programas de posgrado continúa siendo la formación para la práctica clínica cotidiana. Esta tendencia está justificada por el hecho de que la mayoría de los residentes desempeñarán labores clínicas al egresar y por el corto tiempo que duran los programas. Para el psiquiatra que piensa dedicarse a la investigación esta tendencia es desafortunada. En especial, el psiquiatra investigador en

neurobiología de los TM podría tener una visión más amplia acerca de su objeto de estudio y encontraría que éste no es tan transparente como pensaba, sino que requiere un arduo trabajo de reflexión para poder generar estudios y resultados más útiles para la psiquiatría y los pacientes.

### La psiquiatría como disciplina intersticial: trabajando con otras disciplinas

Diversos autores han hecho hincapié en el carácter intersticial de la psiquiatría. Esta expresión apunta a que la psiquiatría es una disciplina donde no sólo se interceptan diversos saberes, sino que éstos son necesarios para la teoría y la práctica. Aparte de la posible utilidad de disciplinas como la sociología, la antropología, la historia, la economía, etc., quisiera poner el acento en dos disciplinas que tienen una gran posibilidad de aportar información valiosa para la investigación neurobiológica en psiquiatría. Éstas son la neuropsiquiatría y la psicología.

En nuestro medio existe una gran carencia de entrenamiento en neuropsiquiatría, definida ésta como el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de los TM en pacientes con enfermedades neurológicas. La neuropsiquiatría es una fuente preciosa de información acerca de las posibles relaciones entre lesión cerebral y alteraciones de la conducta, a la

vez que permite plantear modelos e hipótesis neurobiológicas que pueden extenderse/aplicarse al estudio de los TM en otras poblaciones de pacientes, *incluso a partir de casos individuales*. Por lo tanto, se puede afirmar que todo investigador interesado en la neurobiología de los TM debería tener una amplia formación teórica y clínica en neuropsiquiatría.

Por otra parte, dado que los llamados TM se manifiestan a través de diversas alteraciones psicológicas (de las funciones, de las conductas y de las experiencias), no contar con una adecuada formación en psicología (especialmente, pero no exclusivamente en sus vertientes experimental, cognitivista y conductual) nos priva de una rica fuente de ideas y métodos para la investigación neurobiológica aplicada a la psiquiatría. La mayoría de nosotros estamos familiarizados con estudios del tipo “Resonancia magnética en pacientes con criterios DSM-IV para esquizofrenia”. Si bien estos estudios desde el punto de vista descriptivo son interesantes, no logran equipararse con los estudios experimentales del tipo “Resonancia magnética en pacientes esquizofrénicos durante una tarea de lectura”.

Aunque los psiquiatras podemos definir (hasta cierto punto) qué pacientes cumplen con criterios diagnósticos para esquizofrenia, casi nunca somos capaces de pensar en términos de paradigmas experimentales

y poco conocemos acerca de la validez de éstos (en términos metodológicos y ecológicos). La validez ecológica de un paradigma de investigación es especialmente importante: se refiere a la posibilidad de que la información obtenida a partir de un estudio sea el reflejo de situaciones de la vida real por fuera del laboratorio. Cuando un grupo de pacientes lleva a cabo una tarea particular y a la vez observamos mediante neuroimágenes (o cualquier otro instrumento) su actividad cerebral, es necesario que la tarea represente algo más que un evento artificial. Se requiere que esta tarea refleje algún tipo de evento psicológico (o neurocognitivo, como se quiera llamarlo) que se da en el sujeto en su ambiente cotidiano. No hacer esto favorece las correlaciones vacías, es decir, una serie de resultados estadísticamente significativos, pero desprovistos de validez explicativa. Por lo tanto, se puede argumentar que una investigación neurobiológica psicológicamente informada es capaz de implementar mejores paradigmas experimentales, paradigmas que tengan mayores posibilidades de éxito.

La psiquiatría: una forma especial de medicina, pero al fin y al cabo medicina

Para finalizar, se retoma la idea de la psiquiatría como una rama de la medicina. Como se ha expuesto a lo

largo de este artículo, existen factores tanto históricos como conceptuales y científicos que permiten reconocer el carácter de la psiquiatría como disciplina médica (una disciplina dirigida a la modificación de eventos, principalmente de tipo corporal, que conllevan alteraciones de la conducta y la subjetividad), pero a la vez explicar por qué su desarrollo es y probablemente seguirá siendo diferente. Afirmar que la *psiquiatría es una rama de la medicina* puede implicar:

- Que el paradigma médico seguirá teniendo importancia para la investigación etiológica, para la descripción y para el tratamiento de los trastornos mentales. Adicionalmente, dicho paradigma seguirá teniendo un papel privilegiado en la enseñanza de los psiquiatras, a pesar de sus limitaciones.
- Que los métodos de tratamiento médico, basados en la modificación de la fisiología cerebral, seguirán teniendo un papel central.
- Que la práctica clínica y la investigación se seguirán guiando por la noción de *resultados benéficos evidenciables*. En este sentido es de esperar que la premisa para el psiquiatra continúe siendo verificar que sus intervenciones logran el mejor resultado posible para el paciente en términos de salud, de acuerdo con la definición que domine su época (como lo son en el momento las nocio-

nes de bienestar y funcionalidad), pero también de acuerdo con las expectativas y necesidades individuales del paciente (somos individuos) y su entorno social (somos seres sociales). Por ende, es de esperarse que el no invertir esfuerzos por demostrar que una intervención determinada produce beneficios seguirá siendo cuestionado por la comunidad médica, los pacientes y la sociedad en general.

- Que la práctica psiquiátrica y la investigación en psiquiatría seguirán siendo reguladas desde las perspectivas de la ética médica y las legislaciones que se aplican a la medicina.

Por otra parte, afirmar que *la psiquiatría es una rama especial de la medicina* puede implicar:

- Que en el momento no es suficientemente *útil* para la psiquiatría ceñirse de manera *radical* al paradigma biomédico.
- Que las características de su objeto de estudio (la conducta considerada anómala) harán necesaria la incorporación de elementos teóricos, empíricos y terapéuticos que complementen el paradigma biomédico convencional.
- Que entre sus múltiples interfaces e interacciones, los llamados *síntomas mentales* incluyen el cerebro como origen de las causas (eventos no semánticos) y una serie de eventos mediados por in-

formación semántica como los provenientes de la cultura y las relaciones interpersonales (razones). Ambos tienen un peso importante en el origen y mantenimiento de los problemas de salud de los pacientes.

- Que la interacción de causas y razones agrega complejidad al problema de los TM.
- Que se requerirán grandes esfuerzos en los ámbitos de la investigación conceptual y de la empírica, dirigidos a desentrañar la contribución tanto de las causas como de las razones en los TM. El explicar esta contribución favorecerá definir de manera más útil el campo de estudio y la práctica de la psiquiatría.
- Que se requerirán estrategias terapéuticas dirigidas a modificar el impacto deletéreo de ambos tipos de eventos en el individuo (así no le corresponda siempre al psiquiatra hacerse cargo de dichas intervenciones).
- Que el adoptar posturas dogmáticas no favorece el avance de la psiquiatría. Esto no quiere decir que el llamado eclecticismo sea la mejor opción. Es posible defender con vehemencia una postura determinada, pero la diferencia con el dogmatismo está en la posibilidad de reformular los argumentos de acuerdo con hallazgos contrarios o la plausibilidad de otras ideas. La diferencia reside en que las ideas no son ciertas a priori.

Si la psiquiatría es una rama idéntica a otras ramas de la medicina, si se trata de una medicina exclusivamente del cerebro o no, sigue y seguirá siendo motivo de debate.

Ambos tipos de afirmación coexisten y tienen argumentos plausibles a favor o en contra. Esta carencia de respuestas definitivas sin duda genera insatisfacción. Teniendo en cuenta el estado actual de la psiquiatría (y de las otras disciplinas que contribuyen a su conocimiento teórico y práctico), es de esperarse que el clínico tenga que seguir enfrentando por largo tiempo la incertidumbre que generan estos problemas no satisfactoriamente resueltos. Sin embargo, la incertidumbre no es siempre inútil, indeseable o deletérea. Para la práctica clínica esta incertidumbre es (al menos) fuente de prudencia; para la investigación es motor de conocimiento, y para los pacientes y la sociedad, será fuente de esperanza y futuras respuestas.

### Conclusiones

En este artículo se han resumido diversos aspectos históricos y conceptuales que en opinión del autor permiten entender mejor por qué en psiquiatría no se cuenta con una teoría causal unificada de los TM. El problema es complejo y este documento no logra agotar todas las posibles perspectivas involucradas.

Ni la filosofía ni la historia ni las neurociencias lograrán resolver solas los problemas de la psiquiatría; sin embargo, se puede afirmar que interesarse por estos aspectos permite al psiquiatra tener un punto de partida para examinar su actividad particular (clínica, social o investigativa) en relación con las ventajas y limitaciones de las diferentes hipótesis causales existentes.

### Agradecimientos

Alguna vez me dijo un profesor que la medicina es agradecida. Quiero agradecer al doctor César Arango, por su gran paciencia al corregir y editar este artículo, y a la doctora Claudia Gutiérrez, por sus críticas y sugerencias.

### Bibliografía

1. Fulford W, Morris K, Sadler J, Stanghellini G. Nature and narrative. Oxford: Oxford University Press; 2003.
2. Luque R, Villagrán J. Bases epistemológicas de la teoría y práctica psiquiátricas. In: Luque R, Villagrán J, editors. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid: Trotta; 2000. p. 75-108.
3. Zachar P. Psychological concepts and biological psychiatry. Amsterdam: John Benjamin Publishing Co.; 2000.
4. Acot P. L'Histoire des sciences. Paris: Que sais-je?; 1999.
5. Berríos GE. Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects. Psycho Med 1984;14:303-13.
6. Berríos GE. Phenomenology, psychopathology and jaspers: a conceptual history. Hist of Psychiatry 1992;3:303-27.
7. Berríos GE. Historiography of mental symptoms and diseases. Hist of Psychiatry 1994:175-90.
8. Berríos GE. The history of mental symptoms. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
9. Berríos GE. Concepto de psicopatología descriptiva. In: Luque R, Villagrán J, editors. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid: Trotta; 2000, p. 109-46.
10. Berríos GE. La etiología en psiquiatría. In: Luque R, Villagrán J, editors. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid: Trotta; 2000. p. 539-78.
11. Broncano F. La mente humana. Madrid: Trotta; 1995.
12. Cutting J. The principles of psychopathology: two worlds, two minds, two hemispheres. Oxford: Oxford University Press; 1997. p. 189-221.
13. Daumezon G, Lanteri-Laura G. Signification d'une semeiologie phénoménologique. Encephale 1961; 50(5):478-511.
14. Ellenberger H. The discovery of the unconscious. Fontana Press; 1994.
15. Jaspers K. General psychopathology. Manchester: MUP; 1963.
16. Lecourt D. La philosophie des sciences. Paris: Que sais-je?; 2001.
17. Maj M, Wolfgang G, López-Ibor JJ, Sartorius N. Psychiatric diagnosis and classification. West Sussex: Wiley & Sons; 2002.
18. McHugh P, Slavney P. The perspectives of psychiatry. Baltimore: John Hopkins University Press; 1998.
19. Minkowski E. Bergson's conceptions as applied to psychopathology. J Nerv Ment Dis 1926 Jun;63(6):553-68.

20. Minkowski E. A la recherche de la norme en psychopathologie. *Evolution-Psychiatrique* 1938;(1):67-95.
21. Minkowski E. La psychopathologie contemporaine face a l'être humain. *Evolution-Psychiatrique* 1952;(1):1-19.
22. Porter R. *Madness: a brief history*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
23. Priest S. *Theories of the mind*. London: Penguin Books; 1991.
24. Reznik L. *The philosophical defense of psychiatry*. New York: Routledge; 1991.
25. Shorter E. *A history of psychiatry*. New York: Wiley & Sons; 1997.
26. Villagrán JM, Luque R. Aspectos conceptuales y filosóficos del diagnóstico y clasificación en psiquiatría. In: Luque R, Villagrán J, editors. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta; 2000. p. 515-38.
27. Zachar P. *Psychological concepts and biological psychiatry*. Amsterdam: John Benjamin Publishing Co.; 2000.
28. Fulford KW. Completing Kraepelin's psychopathology: insight, delusion and the phenomenology of illness. In: Amador X, David A, editors. *Insight and psychosis*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 47-65.
29. Kirmayer L, Corin E. Inside knowledge: cultural constructions of insight in psychosis. In: Amador X, David A, editors. *Insight and psychosis*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 193-220.
30. Petitot J, Varela FJ, et al. *Naturalizing phenomenology: issues in contemporary phenomenology and cognitive science*. Writing Science. Stanford: Stanford University Press; 1999.

Correspondencia: Jorge Carlos Holguín Lew  
*Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia*  
*Medellín, Colombia*  
*Correo electrónico: jcholguin@geo.net.co*