

# Objetos perdidos. El territorio de estudio y acción de la psiquiatría

**Marcos Zurita**

*Médico psiquiatra*

*Vicepresidente del Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace*

*Director de la revista Atlas*

*E-mail: mzurita@gmail.com*

---

## **Resumen**

El presente trabajo aborda una serie de preguntas: ¿qué hace hoy un psiquiatra? ¿Qué patologías trata? ¿Por qué la psiquiatría se mantiene como un territorio autónomo dentro de las otras especialidades médicas? ¿Valen para todos los casos que atiende un psiquiatra los mismos elementos semiológicos, las mismas herramientas terapéuticas, o es necesario poder reanudar un estudio propio sobre estos padecimientos? ¿Puede leerse el abanico disperso de los cuadros neuróticos desde una psiquiatría alejada de las fuerzas del mercado o la interpretación dualista? En este contexto, la gran duda persiste: ¿hay una lógica aún no descubierta en el padecimiento psiquiátrico o se está tratando de encontrar una gran lógica para estudiar objetos que no son agrupables, que no poseen una lógica común nuclear, y que efectivamente las variables constantes que los establecen como objetos son apenas los márgenes que cambian con el tiempo y la cultura?

**Palabras claves:** Clínica psiquiátrica - Nuevos tratamientos en psiquiatría – Epistemología psiquiátrica - Diagnóstico psiquiátrico - Crisis paradigmática en psiquiatría.

LOST OBJECTS: THE TERRITORY OF STUDY AND ACTION OF PSYCHIATRY

## **Abstract**

The aim of this paper is to discuss about some key issues concerning psychiatry. What really does a psychiatrist nowadays? What kind of disorder does he treat? Why psychiatry keeps itself apart from other specialties and within its own autonomous field? Having in mind the differences between the mental disorders, can we consider that the same semiological elements are appropriate for all of them or do we need to resume an individual analysis from each of those disorders? Can we go through the sparse spectrum of neurotic disorders ignoring the market forces or the dualistic interpretation? In this context, there is still room for questioning: is there an undiscovered explanation regarding the psychiatry disorders or are we trying to find a whole rationale explanation to study non-agroupable objects, lacking of that aforementioned common nuclear logic? And finally, could it be that the constant variables which we assume as the constitutive elements of psychiatric objects are barely the shifting boundaries that change as the time and the culture does?

**Key Words:** Clinical psychiatry – New psychiatric treatments – Epistemology of psychiatry - Psychiatric diagnosis – Paradigmatic crisis in psychiatry.

Al intentar responder sobre la particularidad de la psiquiatría con respecto a otras ramas de la medicina, se suele caer en una ilusión divergente. En pocos pasos, la variable “mente” se cruza con “cuerpo” y resurge la amenaza persistente del dualismo. Y si acaso por momentos se lograra un monismo consensuado, aparece el factor social como variable condicionante de una posible etiología, desarrollo mórbido o posibilidad terapéutica. El *triángulo biopsicosocial* de la psiquiatría se manifiesta a veces con justeza pitagórica y otras como un territorio tan misterioso como el de las Bermudas (1).

Con cierta atención al detalle, el objeto de cada especialidad médica revela un núcleo territorial duro, unívoco, rodeado de una órbita gris superpuesta a especialidades vecinas. El cardiólogo, por ejemplo, planta su bandera en el infarto agudo de miocardio pero acuerda con el clínico una explotación conjunta de la hipertensión arterial. El psiquiatra es maestro del dominio de las psicosis y mantiene una situación de tenencia compartida con las demencias. Dentro de las psicosis, si se habla de esquizofrenia(s) no hay dudas de que un psiquiatra es quien tiene el saber sobre ella(s).

Pero la mayor parte de las intervenciones actuales de un *psiquiatra generalista* no son en el territorio de la(s) esquizofrenia(s). La mayoría de las consultas visten síntomas afectivos y ansiosos (2, 3). Debajo de ese bosque, los cuadros toman diferentes presentaciones, algunos poseen fuertes nexos orgánicos (trastorno bipolar, adicciones) y otros son más difíciles de ubicar con rigor en la cartografía cerebral (trastornos de ansiedad, depresiones leves, conductas levemente mórbidas).

Ante un espectro tan disímil en su manifestación sintomática y en su etiología inaprensible, las prácticas que devienen de la especialidad reflejan la Babel que habitan.

Los objetos de la psiquiatría, según G. Berrios, “no pueden estudiarse de forma independiente de los sistemas de descripción, explicación y gestión que se utilizan para expresarlos en primera instancia”. Esos sistemas son los “conjuntos organizados de respuestas y representaciones emocionales, cognitivas y ejecutivas que las distintas sociedades formulan para manejar a aquellos miembros que, de forma consensuada, se consideran diferentes, problemáticos, locos, desviados, etc.” (4)

El problema, entonces, está limitado por las representaciones (este no es un problema sólo de la salud mental, aunque en ella es determinante) y los consensos que nominan la normalidad/anormalidad en un momento y situación específica. En otras palabras, construcciones sociales que con el correr de la joven historia de la especialidad, van perdiendo calidad en sus materiales de construcción: del mármol esquizofrénico al *durlock* de la ansiedad generalizada.

En un intento de formalizar el esquivo objeto epistemológico de la psiquiatría, Berrios trata de atraparlo en una imagen ecuestre definiéndolo “a caballo entre las ciencias naturales y las humanidades” (4).

La psiquiatría presentaría, entonces, un carácter híbrido. Eso soluciona parcialmente la cuestión, al

menos en cuanto a poder conceptualizar en una característica el estado de inestabilidad del núcleo epistemológico psiquiátrico.

Otra posible oportunidad de aproximación al objeto de la psiquiatría es abordarlo desde afuera del laberinto endógeno. Pero ahí también se falla. El movimiento antipsiquiátrico, por ejemplo, reduce la labor del psiquiatra a su rasgo manicomial: medicina de la coerción (5, 6, 7). El acercamiento filosófico se pierde en el ser (8). El mecanicista, en la matriz. Más fracasos parciales.

¿Y el psicoanálisis? Los *psiquiatras psicoanalistas* abrazan objetos de las teorías psicoanalíticas más que de la psiquiatría. Lo mismo los que siguen otras psicoterapias; es la técnica la que construye la teoría. Sin embargo, el psicoanálisis ha logrado formalizar teóricamente el terreno de las neurosis de una forma mucho más consistente, menos híbrida, que la psiquiatría, que pareciera rechazarlas. Más adelante se volverá sobre este punto.

### ¿Qué hace hoy un psiquiatra? ¿Qué patologías trata?

Ésas son las preguntas que deberían ubicar el objeto perdido. A lo largo de un día de trabajo, un psiquiatra generalista puede atender cualquiera de las más de 300 categorías diagnósticas del DSM 5 (9) o la inminente CIE 11 (10). El grupo de pacientes con patologías más severas, fuertes alteraciones del juicio de realidad, vaivenes vertiginosos del caudal emocional o conductas intensas a-sincopadas del contrato social, se mantienen *claramente* como territorio psiquiátrico.

Sin embargo, con el correr de los años, dos fenómenos han expandido la influencia de la psiquiatría. Por un lado, el factor económico: la venta de psicofármacos (11), arrastrada por nuevos diagnósticos y nuevas estrategias de marketing directo e indirecto (12, 13). Por otro, el factor cultural: la cultura popular se apropió de la semiología psiquiátrica, distorsionándola y expandiéndola al nivel del diagnóstico silvestre y la adjetivación psiquiátrica de los sentimientos y acciones de la comedia humana.

Ya no se recurre al psiquiatra sólo por alteraciones de la sensopercepción, un despliegue delirante o un cambio de la conducta a contramano del orden social. Hoy aparecen en el territorio psiquiátrico las reacciones emocionales frente a la forma de vida actual. La Organización Mundial de la Salud insiste en la epidemia de depresión (14, 15) ¿Cuál es el marco en que se da esa epidemia? ¿Es, como dice Mark Fisher, una consecuencia del capitalismo tardío? (16) ¿Podría pensarse, siguiendo esta línea, que la depresión es a los tiempos actuales lo que la tuberculosis a la revolución industrial? (17, 18).

Es uno de los ejemplos en que el *triángulo biopsicosocial* se pone en juego pero en donde también la posición del psiquiatra está más complicada: ¿cómo tratar esas depresiones si el contexto no cambia y las herramientas farmacológicas apenas producen mejoría en la mitad de los pacientes? (19). Es más, aún logrando un desarro-

llo terapéutico con el 100 % de eficacia, esos pacientes curados, ¿serían los mismos que antes? ¿Dónde poner el foco: en la eficacia del mercado (la OMS calculó para una campaña de concientización cuánto dinero se pierde por cada trabajador depresivo) (20) o en el bienestar psico-físico-social?

El resultado de la suma de los vectores bio, psico y sociales, es una situación en la que hay *muchas psiquiatrías*. Está la que es parte fundamental de la salud pública (focalizada en adicciones, depresión). La clásica (psicosis). La política (control a través de diagnósticos herederos de la *drapetomanía* (21). La pop (el léxico psiquiátrico como objeto de consumo estético en canciones como Lithium -Nirvana- (22) o Schizophrenia -Sonic Youth-(23), diagnósticos psiquiátricos como giros en la trama de series, nombres de psicofármacos como adornos de un guión - Lexapro en *Los Sopranos*, Zolpidem en *Love*, etc). La neopositivista (hay una causa cerebral que explica todo). La dinámica (hay ninguna causa que explica todo). La germanófila. La galomaníaca. La criolla. La social... La que de lejos parece mosca.

Volviendo a la comparación con la cardiología, es difícil pensar tanta variedad bajo el mismo paraguas entre los especialistas del corazón. La pregunta es si es que cada psiquiatría es una forma técnica particular de acercarse al mismo objeto o si en realidad son disciplinas y saberes diferentes, con objetos diferentes pero manteniendo el nombre "psiquiatría" como una fachada arqueológica decimonónica delante de un edificio de hormigón y cristal del siglo XXI.

### ¿Por qué la psiquiatría se mantiene como un territorio autónomo dentro de las clínicas?

En 1914, Lewellys Barker, en ese entonces jefe de clínica del hospital John Hopkins, publicaba en el *American Journal of Insanity* (hoy *American Journal of Psychiatry*, un detalle nominal viene a cuento) un texto guiado por esa pregunta (24). Sostenía que la psiquiatría se mantenía como una *provincia especial* dentro de las clínicas médicas por los siguientes argumentos: 1) tiene una historia diferente, 2) Por "obvias razones" los pacientes no pueden tratarse en sus casas o en un hospital general.

Además, puntuaba que la mayoría de los pacientes psiquiátricos entraban al sistema de salud por la puerta de la medicina general, por lo que consideraba que "tratar los pacientes con padecimientos mentales requiere entrenamiento en psicología y psicopatología que no están incluidos en la formación básica del médico". Concluía que "(...) la psiquiatría, tal como lo veo yo, es un capítulo extenso y muy importante de la medicina interna. Cada internista debería tener algún entrenamiento en psiquiatría y cada psiquiatra debería ser versado en los métodos de estudios de la medicina." No asombra que más de 100 años después la relación entre la psiquiatría y el resto de la medicina esté casi en el mismo punto. Cualquiera que practique la interconsulta en un hospital general sentirá una curiosa resonancia con la época en que asesinaban al archidu-

que Franz Ferdinand en Sarajevo.

¿Por qué es esto? Puede pensarse como una de las causas la supervivencia de la noción dualista del hombre. Porque a pesar de que muchos estudios han metido las raíces de los problemas psicológicos en el soporte encefálico, la reacción de la medicina en general hacia la especificidad es la de los especialistas en la mente (o mejor dicho, en el no-cuerpo). El post postgrado de especialización lleva a un recorte total del cuerpo a la hora de hacer clínica hoy. Así, los diagnósticos parecerían cumplir la función de indicadores de hacia dónde derivar un paciente, más que conceptualizar una dolencia para ordenar un tratamiento o arriesgar un pronóstico. Como si cada especialidad, con sus diagnósticos y tratamientos, se comportara de forma categorial, relegando la dimensionalidad a la *salud mental* (25), al servicio social o, directamente, a un territorio abandonado.

Esta dinámica atomizadora lleva a un aplanamiento de la concepción del hombre y sus dolencias. Tan es así que pareciera que no se pueden tener dos patologías *al mismo tiempo*. Como si la cinta fordista por donde circula el paciente, de especialista en especialista, sometiera el padecimiento también a una idea secuencial. Esta dinámica ofrece dos consecuencias habituales: a) el paciente que *no es de nadie*, que queda atrapado en un *loop* de derivaciones ante la imposibilidad de tratar de ver un todo, y b) el *hiperpaciente*, un sujeto que carga con docenas de diagnósticos y tratamientos, muchas veces contradictorios, superpuestos como capas de hojalde.

### De la psiquiatría a la salud mental

Un recorte feroz sobre lo que hoy podríamos llamar *psiquiatría clásica*, está claramente basada en las psicosis y alteraciones de la conducta. Las primeras como sostén de la psiquiatría clínica, las segundas, como sostén de la psiquiatría de control.

Un segundo recorte, más adelantado en la línea del tiempo, abre el juego a la influencia del psicoanálisis en el corpus psiquiátrico. Es ahí que entran las neurosis como claro objeto psiquiátrico, fundantes, entre otras cosas, del territorio de las caracteropatías, hoy atrapadas en los trastornos de la personalidad.

Un tercer recorte es la psiquiatría luego de la eliminación del término neurosis en el DSM III (1980) por decisión de Spitzer. Lo hace en pos de limpiar de la nosografía un término que era "tan polisémico que cada uno tenía su propia versión de la neurosis" (26). Spitzer se ofrece como un Zamenhof que quiere hacer del DSM el esperanto psiquiátrico pero termina creando una Babel que aumenta los diagnósticos edición tras edición.

Si uno mira con atención, la neurosis, el concepto, su clínica, aparece en muchos diagnósticos del DSM. No sólo en los obvios trastornos relacionados al universo obsesivo compulsivo (que, además, se pisan con aristas psicóticas) sino en *Frankensteins* tales como el Trastorno de Síntomas Somáticos (300.82), que es básicamente alguien que se preocupa "en exceso" y persistentemente

por “síntomas somáticos”, o el Trastorno Orgásmico Femenino (302.73), cuyos criterios de inclusión hablan de un “retraso marcado, infrecuencia marcada (sic) o ausencia de orgasmo” o bien “una reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas” que debe darse “en casi todas o todas las ocasiones de actividad sexual (75%-100%)” (¡sic!).

Está claro que quitar la palabra neurosis del DSM (se conserva en la CIE pegoteada a los trastornos de ansiedad), sólo generó una dispersión asombrosa de las neurosis. Un cadáver del fin del tercer paradigma conceptualizado por Lanteri Laura, el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas, que emerge zombi en la crisis contemporánea (27).

Llegados a este punto, vale preguntarse si la aproximación de un psiquiatra a las psicosis es igual que a las neurosis. Algo básico pero importante porque es en el amplio valle de los pacientes neuróticos donde se multiplican los diagnósticos y tratamientos, donde se hace foco en la psicopatologización de la vida cotidiana y donde se ejerce la psiquiatría de control, ya no evidentemente coercitiva como en la era manicomial, sino como generadora de nichos de mercado, tal el recientemente descrito Trastorno de adicción a los video juegos, incorporado a la CIE 11(28).

¿Cómo estudia la psiquiatría actual a la ex-neurosis? ¿Cómo trabaja con los pacientes no-psicóticos? ¿Valen los mismos elementos semiológicos, las mismas herramientas terapéuticas o es necesario poder reanudar un estudio propio sobre estos padecimientos, en virtud de la amplia demanda a los psiquiatras actuales? ¿Puede leerse la macedonia neurótica desde la psiquiatría alejados de las fuerzas del mercado o la interpretación dualista?

### Una posibilidad emergente para el futuro de la psiquiatría

El modelo de organización emergente se terminó de hacer consistente en el mundo viviente a través del *Dictyostelium discoideum* (29). La eficacia de este hongo

para encontrar el camino más corto a la comida en un laberinto se explicó gracias a la posibilidad del flujo de información parcial entre cada célula. El saber emergente era más eficaz que el que podría dar una célula centinela, verticalista. *El todo de la suma de las partes independientemente conectadas es más que el todo de las partes organizadas verticalmente.*

La apuesta por la interdisciplina apunta a esto. El problema es que aquello que se llama interdisciplina a menudo se traduce en un sistema de *paradisciplinas* que se amontonan en torno a un paciente. Más allá de esta inconveniencia, y siguiendo con lo que se intenta plantear aquí, ni siquiera cada disciplina que interactúa en una interdisciplina es *una* disciplina. Hay muchas psiquiatrías pero también muchas psicologías, e incluso muchas enfermerías, trabajos sociales, etc. ¿Esta diferencia es sólo la expresión de los distintos efectores, o alcanza al marco teórico que los determina?

Mientras la psiquiatría sigue creciendo en volúmenes de pacientes y presencia mediática, el desarrollo teórico no logra encontrar las piezas que encajen y se consoliden en una práctica. Como en una partida de *tetris*, la nueva pieza parece que va a cerrar sentido pero al caer en vez de llenar el espacio, deja un hueco y la línea incompleta. Sin embargo, que no se encuentre ese paradigma que abarque todo, no significa que no se genere un saber. Decir que hay muchas psiquiatrías es decir que hay muchos pequeños paradigmas con pequeñas comprobaciones parciales de pequeñas hipótesis. En este contexto, la gran duda persiste: ¿hay una lógica aún no descubierta en el padecimiento psiquiátrico? ¿Estamos a *alguna* distancia de descubrir etiopatogenias y tratamientos lógicos? ¿O estamos tratando de encontrar una gran lógica para estudiar objetos que no son agrupables, que no poseen una lógica común nuclear, y que efectivamente las variables constantes que los establecen como objetos son apenas los márgenes que cambian con el tiempo y (sea lo que sea aquello que se termina denominando) la cultura?. ■

### Referencias bibliográficas

1. [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
2. Cía AH, Stagnaro JC, Aguilar Gaxiola S. et al. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2018) 53: 341.
3. Patalay P, Fitzsimons E. (2017) Mental ill-health among children of the new century. September. London: Centre for Longitudinal Studies.
4. Berrios GE. Psiquiatría y sus objetos *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2011;4:179-82
5. Foucault M (2003) *El poder psiquiátrico*. México: FCE.
6. Cooper D. (1967) *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hypocampus.
7. Szasz T (1974) *La fabricación de la locura*. Buenos Aires: Kairos.
8. Ricoeur, P. (2015) *Freud, una interpretación de la cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI.
9. DSM-5. (2018) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Buenos Aires: Panamericana.
10. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
11. <https://www.lanacion.com.ar/2035772-114-pastillas-por-segundo-el-consumo-de-ansioliticos-crecio-40-en-cinco-anos>
12. Hollon, M.F. *CNS Drugs* (2004) 18: 69.

13. Larkin I, Ang D, Steinhart J, Chao M, Patterson M, Sah S, Wu T, Schoenbaum M, Hutchins D, Brennan T, Loewenstein G. Association Between Academic Medical Center Pharmaceutical Detailing Policies and Physician Prescribing. *JAMA*. 2017 May 2;317(17):1785-1795
14. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
15. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. WHO Report 2017.
16. Fisher M (2017). *Realismo capitalista*. Buenos Aires: Caja Negra.
17. Scholssberg D, editor (2000) Tuberculosis e infecciones por otras bacterias no tuberculosas. Epidemiología y factores del huésped. 4ta ed. México: McGraw Hill, p 3-18.
18. Túniz Bastida V, García Ramosa MR, Pérez del Molino ML, Lado Ladoa FL. Epidemiología de la tuberculosis *Med Integr* 2002;39:172-80
19. Cipriano A. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis *Lancet* Volume 391, 10128, P1357-1366, April 07, 2018.
20. <http://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
21. Hunt SB. (1855). Dr. Cartwright on "Drapetomania. *Buffalo Medical Journal* 10: 438-442.
22. Nirvana-Lithium. Nevermind, Geffern, 1991.
23. Sonic youth. Schizophrenia. Sister, SST 1987.
24. Barker L. The relations of internal medicine to psychiatry. *American Journal of Insanity*, vol LXXI, 1914.
25. Goldchluk A. La Salud Mental vista desde la perspectiva de la psiquiatría. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 2012, Vol. XXIII,101:20-24.
26. Bayer R, Spitzer RL. Neurosis, psychodynamics, and DSM-III. A history of the controversy. *Arch Gen Psychiatry*. 1985 Feb;42(2):187-96.
27. Levin, S. Apuntes para un análisis epistemológico de algunos problemas de la psiquiatría contemporánea. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 2010. Vol XXI, 92:263-273.
28. <http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>
29. Nagano S. Modeling the model organism Dictyostelium discoideum. *Development, growth and differentiation* December 2000 42, 6: 541-550.