

# ¿Qué enfermedades tratan los psiquiatras?

## *What illnesses psychiatrists treat?*

**Pedro A. Marina González**

Psiquiatra. Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo.  
Centro de Salud Mental de La Corredoria, Oviedo.  
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

**Resumen:** En los últimos años han tenido lugar cambios sociales que han contribuido a incrementar las demandas asistenciales psiquiátricas. También se han producido notables avances en el conocimiento neurocientífico. Sin embargo, faltan parámetros objetivos para la definición de caso psiquiátrico porque sigue sin aclarar la naturaleza de la enfermedad mental. La investigación biomédica está haciendo marcados esfuerzos por convertirse en el paradigma explicativo, pero los resultados son insuficientes. No obstante, cada vez son más las evidencias que ponen de manifiesto que hay una relación entre disfunción neurobiológica y alteración de la conducta, aunque hay un enorme vacío de saberes para explicar dicha relación. Siendo así, continúa vigente la doble aspiración del psiquiatra: conocer la enfermedad y entender al enfermo, hoy como ayer asentándose en una sólida formación clínica y psicoterapéutica.

**Palabras clave:** Nosografía psiquiátrica, epistemología, psicopatología.

**Abstract:** Over the past years there have been social changes that have helped to increase demand on psychiatric care. There have also been remarkable advances in neuroscientific knowledge. However, there are not objective parameters to define psychiatric case because remain unclear the nature of mental illness. Biomedical research made marked efforts to become the explanatory paradigm, but the findings are insufficient. However, they have provided grounds for believing that the mental diseases are neurobiological dysfunctions expressed as behavioral disorders, but it is unknown how these elements are related. Thus, remains the psychiatrist's dual mission: to know the disease and understand the patient, based on a strong clinical and psychotherapeutic training.

**Key words:** Psychiatric nosography, epistemology, psychopathology.

Vivimos una época de intenso desarrollo del conocimiento humano y de las tecnologías aplicadas. Los modernos sistemas de difusión de la información permiten poner en línea los esfuerzos investigadores en los diferentes lugares del planeta facilitando concentrar todas las energías en una misma dirección, reduciendo la dispersión que la distancia y las dificultades para el intercambio de los hallazgos produjeron en otros

momentos de la historia del saber. Todos los proyectos que cuentan con el adecuado soporte económico tienen hoy en día un enorme potencial de desarrollo.

Este es el caso de la investigación genética y en neurociencias, como ponen de manifiesto los datos relativos a financiación, grupos de investigación y resultados (publicaciones, patentes, etc.),



y los proyectos alentados por grandes instituciones, como la BRAIN Initiative auspiciada por el gobierno de los EE UU. Estas investigaciones están arrojando nueva luz sobre el cerebro, la mente y las enfermedades mentales, mostrando las relaciones entre funciones mentales y regiones cerebrales, desentrañando la expresión genética en términos de biología molecular e intentando vincular la neurociencia molecular con la cognitiva.

Sin embargo, todos estos avances no han servido para eliminar las incertidumbres a las que se ven sometidos los profesionales de la psiquiatría en su labor cotidiana. Aunque los medios de comunicación trasladan la impresión de que se están despejando todas las incógnitas acerca del funcionamiento del cerebro humano y los estados mentales que se asocian, en realidad se sigue sin tener una definición clara de lo que es un caso psiquiátrico y, con la excepción de determinadas patologías históricamente vinculadas a la psiquiatría, como la esquizofrenia, la disciplina sigue sometida a los vaivenes de la modernidad, de manera que también los usos y costumbres socioculturales influyen en las materias o problemas que son objeto de su atención.

En nuestro medio, la mayoría de las personas atendidas por los psiquiatras en consultas ambulatorias proceden de la derivación de otros profesionales. En los servicios públicos los pacientes llegan derivados principalmente por médicos de atención primaria, mientras a las consultas privadas llegan también por iniciativa de los propios interesados. Pero, ¿por qué van los pacientes al psiquiatra?, ¿qué lleva a otros profesionales a derivar pacientes a estos especialistas?

La respuesta a estas preguntas, por lo general clara y sencilla para cualquier otra especialidad médica, tiene matices especiales y distintivos en psiquiatría.

## **Sociedad y psiquiatría.**

### **Razones para una visita al psiquiatra**

En los últimos años se han producido toda una serie de cambios sociales que han acabado por modificar radicalmente la percepción de la psicología y la psiquiatría. Las personas del llamado primer mundo viven en una sociedad globalizada, muy tecnificada y especializada, que aspira al máximo

desarrollo de la individualidad. Como contrapartida se han adelgazado los lazos que unen a cada persona con los grupos naturales, como la familia (1, 2). En estas circunstancias, conflictos vitales ordinarios auspiciados por la educación de los hijos, relaciones de pareja, enfermedades, problemas laborales, cuidado de ancianos, etc., pueden generar tal incertidumbre y estrés que llevan a buscar la ayuda de expertos, siendo psicólogos y psiquiatras los más demandados. De este modo, problemas de la vida se convierten en problemas “psiquiátricos”, generando un incremento de las demandas asistenciales (3), tal y como recogen los registros de las mismas.

Analizando la situación desde el clásico modelo elaborado por Golberg y Huxley para describir los procesos de selección que influyen en la solitud de asistencia psiquiátrica (4), modelo compuesto de cinco niveles y cuatro filtros que regulan el paso entre niveles, se puede decir que el cedazo del primer filtro, la decisión del consultar, es decir, aquellos factores que hacen que un individuo con malestar psicológico decida ir al médico, se ha hecho más permeable. De este modo, el número de pacientes que llega a los médicos de cabecera, segundo filtro en el modelo, con una queja explícita de malestar psicológico ha aumentado significativamente, planteando nuevos desafíos al trabajo de estos profesionales, quienes deben, además de detectar síntomas psiquiátricos en los pacientes que consultan por otros motivos, decidir cuáles de los que acuden con desequilibrios emocionales requieren atención especializada.

Pero además de este grupo de personas cuyo malestar está asociado a problemas cotidianos, a los psiquiatras llegan pacientes con trastornos mentales graves, es decir, trastornos caracterizados por tener una duración prolongada y conllevar discapacidad y disfunción social. Aquí se incluyen los casos de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos bipolares, trastornos depresivos recurrentes, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos de la personalidad, entre otros. Identificar estos problemas constituye una prioridad absoluta para concentrar los esfuerzos terapéuticos necesarios.

Por tanto, el psiquiatra debe realizar en todas estas ocasiones una valoración diagnóstica que

le permita distinguir enfermedad de reacción adaptativa, una estimación pronóstica que le sitúe ante la gravedad del trastorno, y definir una estrategia terapéutica que tenga en cuenta la gravedad. Para ejecutar estas tareas es imprescindible saber cómo se reconoce la enfermedad mental, o lo que es lo mismo, conocer la verdadera naturaleza de la misma.

### En busca de un paradigma

Pero la naturaleza de la enfermedad mental continúa sin definir (5). Para llegar a ella se necesita una teoría del conocimiento (epistemología) desde la que abordar su estudio (6, 7). Sin embargo, en psiquiatría no hay una teoría del conocimiento unitaria, a diferencia de lo que ocurre en otras ramas de la medicina. Falta un paradigma con la potencia suficiente para considerarlo un marco conceptual con capacidad explicativa de todos los fenómenos que acontecen alrededor de la enfermedad mental (8). Las teorías dominantes: psicodinámicas, conductuales, cognitivas, sistémicas, médicas, sociales o fenomenológicas, se organizan sobre principios diferentes. No obstante, cuando se hacen lecturas equilibradas de dichas teorías se puede comprobar que cada una de ellas se asoma a distintas partes de una misma realidad, proporcionando una comprensión razonable, pero incompleta, que no alcanza los parámetros de paradigma unitario.

Ahora bien, en este momento las neurociencias fascinan. Los hallazgos genéticos, moleculares, estructurales y funcionales del sistema nervioso central son admirables y han roto la visión estática del mismo poniendo en primer plano su fabulosa plasticidad. Además, el nivel de estudios permite, como hace Antonio Damasio, introducir puentes entre estructura del sistema nervioso y funciones mentales (9,10). Todo ello en un ambiente de optimismo “neurocéntrico” dispuesto a imaginar que se pueden resolver los conflictos e incertidumbres que alejan a los hombres de la felicidad desvelando las incógnitas del funcionamiento cerebral. En este contexto ilusionado cobran sentido afirmaciones como las del divulgador Eduardo Punset “...todo lo que importa está en el cerebro”(11).

Estas circunstancias alientan el esfuerzo por demostrar que el paradigma biomédico puede ser el

paradigma exclusivo en psiquiatría. Así, se pretende probar que la detección, identificación, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales puede sustentarse en marcadores biológicos, indicadores de las alteraciones en la dinámica funcional y/o estructural de las redes neuronales que dichas enfermedades generan, y no sólo en los síntomas comportamentales que desencadenan. Con la ayuda de la genética, biología molecular, técnicas de neuroimagen, física estadística y la neuropsicología se espera abrir la puerta a los significantes biológicos de la enfermedad mental.

Sin embargo, este fervor sigue sin alcanzar los objetivos. A pesar de los notables conocimientos que la investigación aporta sobre la neurobiología funcional y estructural del cerebro y las maneras de objetivar su actividad, de modo que se han localizado regiones y circuitos cerebrales implicados en muchos de las funciones afectadas en los estados mentales alterados: afectividad, funciones ejecutivas, memoria, atención, conciencia, sueño, apetito, etc. (12), no hay una teoría que aglutine sin refutación los saberes adquiridos. En este estado de cosas, los promotores del DSM 5 han vuelto a editar un manual basado en categorías porque los datos disponibles no fueron suficientes para estructurarlo en términos dimensionales (13). Asimismo, no hay teoría neurobiológica sólida que conecte alteraciones neurofuncionales e influencias ambientales, de modo que los factores medioambientales y culturales deben seguir siendo considerados en la etiología de los trastornos mentales (14).

Pero además, a pesar del avance en las neurociencias, la puerta de acceso a la subjetividad sigue cerrada. La experiencia subjetiva, con sus características: inefable (no puede ser comunicada o aprendida por otros medios diferentes a la propia experiencia), intrínseca (no relacional) y privada, permanece inalcanzable al conocimiento humano, probablemente porque este, en sus limitaciones, carece de la potencialidad de aprehender este fenómeno más allá de la posibilidad de registrar los correlatos físicos cerebrales de su actividad (15).

### In statu quo

Por tanto, a pesar de todas las energías invertidas no se ha desentrañado la naturaleza de las



enfermedades psiquiátricas, persistiendo la tensión entre lo mental y lo orgánico (16). En este estado de cosas, los psiquiatras tienen que seguir acudiendo a las nosologías ateóricas a la hora de delimitar las alteraciones que atienden. Dichas nosologías son la solución pragmática para eludir las diferencias y controversias derivadas de la ausencia de un paradigma unitario. Están basadas en una semiología psiquiátrica muy reducida de carácter descriptivo, y apoyadas en criterios estadísticos, es decir, agrupaciones sintomáticas más frecuentes, que son delimitadas mediante criterios empíricos de inclusión y exclusión. No definen, pues, entidades nosológicas concretas que tengan, como las de otras especialidades médicas, unas causas desencadenantes, un proceso fisiopatológico y unos síntomas. Son consensos acerca de cómo identificar distintos trastornos mentales a través de sus síntomas, evitando hacer comentarios sobre los fenómenos que los determinan.

Estas clasificaciones internacionales, representadas por las auspiciadas por la OMS, CIE 10 (en proceso de renovación), y la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM 5, han jugado un papel decisivo en el desarrollo de la psiquiatría a nivel mundial, pues han permitido homogeneizar diagnósticos, mejorar la comunicación entre profesionales, extender los estudios epidemiológicos y progresar en investigación clínica.

Sin embargo, han generado también importantes perjuicios. La extensión de su uso ha desdibujado los límites de unos trastornos definidos por consenso hasta confundirlos con enfermedades auténticas. Como Carol A. Bernstein, ex presidenta de la APA, señala en un artículo “el éxito del DSM ha tenido como consecuencia no deseada que en las últimas cuatro décadas los criterios diagnósticos han llegado a ser considerados como entidades reales” (13). Así pues, es necesario recordar que todos los procedimientos y escalas diseñadas para diagnosticar estos trastornos no detectan enfermedades, sino la presencia de los criterios que las definen según la nosografía de referencia. Así lo describe Lantéri-Laura en su “*Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*”: “... no se trata ya de referir el campo de la apariencia clínica a otro campo, el de los procesos, sino de atenerse al registro puro y exclusivo de la inmanencia, que se basta a sí

misma y constituye su propio espesor, como una lámina perfectamente transparente y fina, rigurosamente plana y sin nada bajo ella” (17). Además, en este periodo de hegemonía de las nosografías ateóricas se ha disipado el debate entre los distintos paradigmas y de manera sigilosa se han añadido nuevos trastornos que adelgazan los límites entre normalidad y anormalidad.

Mientras, la investigación biomédica, con el apoyo de la industria farmacéutica, ha conocido una época de extraordinario esplendor, contribuyendo a la impresión de un paradigma biomédico dominante. La industria farmacéutica posee una potente red comercial destinada a la venta de sus productos. Los laboratorios farmacéuticos realizan una contribución decisiva al desarrollo de los tratamientos médicos y psiquiátricos, invirtiendo ingentes cantidades de dinero en la investigación y desarrollo de nuevos agentes terapéuticos. Al mismo tiempo, en el empeño por rentabilizar las inversiones, sufragando numerosas actividades profesionales para promover la investigación y la formación continua mientras enfatizan las ventajas de los tratamientos farmacológicos, alentando a su utilización. Paralelamente quedan en segundo plano intervenciones que no son objeto de su interés pero que pueden ser igual de eficaces, como las psicoterapias.

En este estado de cosas, seguimos estando lejos de conocer como se articulan mente y biología para constituir lo que denominamos enfermedad mental. Sin embargo, se ha enriquecido enormemente el conjunto de conocimientos necesarios para desentrañarla, aunque todavía parece lejana la aspiración de Eric Kandel de “elaborar una visión unificada, de la mente a las moléculas, que constituya una fuente de inspiración intelectual para los psiquiatras y sea terapéuticamente satisfactoria para los pacientes” (23).

### Cambiar para permanecer

Entre tanto, los psiquiatras siguen prestando atención a lo que siempre ha sido objeto de su intervención: la conducta alterada, para poder identificarla y definirla (18, 19). En esta tarea la psicopatología debe jugar un papel primordial y ocupar su lugar como eje básico de la acción del psiquiatra porque la psicopatología conecta al sujeto y la conducta con una teoría y permite dar cuenta del

sentido de ésta (20). Es cierto que las teorías son diversas, pero esto no debería ser un problema sino una ventaja enriquecedora. Este es el espíritu, que ahora parece olvidado, de la organización biopsicosocial de la asistencia moderna en salud mental, planteado desde la convicción de que cada una de las teorías se aproxima a distintos aspectos de la enfermedad mental. Este modelo tiene dificultades, pues requiere profesionales con competencias reconocidas en diferentes paradigmas o la convivencia en los equipos de salud mental de personas competentes en las distintas epistemologías trabajando en equipo. No obstante continúa siendo el mejor patrón asistencial.

De otro lado, los conocimientos actuales permiten ver la psicopatología desde otra perspectiva. La psicopatología que ha llegado hasta nuestros días tiene su origen en la psicología de las funciones, sin embargo las aportaciones de las neurociencias nos sitúan en disposición de hacer el esfuerzo por conectar conducta alterada con los focos identificados en el sistema nervioso por las técnicas neurofisiológicas y de neuroimagen más avanzadas (24). Al fin y al cabo la consistente estabilidad de numerosos síntomas psicopatológicos desde que fueron descritos por primera vez apunta a la existencia de un mismo origen. En este sentido, Germán Berrios afirma que los síntomas psicopatológicos tienen dos componentes: una fuente biológica que genera una alteración de la conducta, y una vertiente psicosocial relacionada con la interpretación de esta alteración por el paciente y el observador (20).

Así pues, el reconocimiento de las regiones cerebrales implicadas es una tentativa inevitable desde una perspectiva médica. No se trata de hacer ninguna atribución etiológica, sino de reconocer qué región cerebral se muestra afectada a partir del suceso que desde las distintas epistemologías se considera origen del trastorno: disfunción neuronal, conflicto intrapsíquico, alteración de la conducta, errores o distorsiones del pensamiento, conflictos relacionales o circunstancias sociales, que si al final acaban produciendo los mismos síntomas es posible que tengan el mismo sustrato. Además, este conocimiento permitirá seleccionar los tratamientos farmacológicos con criterio farmacocinético, eligiendo aquellos que por su perfil de acción mejor se adapten a los síntomas del paciente.

Ahora bien, el proceso de identificar los síntomas psicopatológicos se acompaña de un fenómeno de especial trascendencia en psiquiatría: la relación con el paciente, asunto que obliga a los psiquiatras a no poder renunciar a su perfil psicoterapéutico (21). Los síntomas mentales se expresan envueltos en densas capas de códigos socioculturales e individuales que podrían explicar la notable variabilidad en el contenido de los síntomas.

Tradicionalmente se asume que el paciente es un descriptor fiable de subjetividad, es decir, que es capaz de reconocer, denominar y diferenciar de entre el vasto campo de sus experiencias subjetivas, aquellas que son útiles para el diagnóstico. Sin embargo, es plausible que los pacientes tengan afectada esta capacidad por la propia enfermedad o que las experiencias subjetivas sean desconocidas para ellos y por tanto incatalogables e inenarrables. Además está la influencia de quien explora: los profesionales orientan la entrevista en relación a sus teorías, de modo que el tipo de preguntas estará determinado por las mismas y la percepción de la psicopatología estará condicionada por la experiencia y formación previa y por las hipótesis diagnósticas que se van formulando. Es posible que bien espontáneamente o influido por el entrevistador el paciente confiera a la experiencia una forma distinta a la original. De esta manera el profesional presta al paciente una narrativa del malestar que le aqueja y alrededor de ello se establece una relación y un vínculo de características especiales, con inevitables fenómenos transferenciales, donde se expresa el deseo del paciente de que el psiquiatra no sólo interprete profesionalmente su conducta, sino que además le entienda como persona.

En este sentido, Germán Berrios señala que la psiquiatría debería definirse como el conjunto de narrativas que comprende tanto un discurso neurocientífico (que habla de las causas cerebrales) y semántico (que habla de los significados y símbolos como razones) como un diccionario que conecta a ambos (22). Esta narrativa le da sentido al diagnóstico (que se anota en la historia) y al tratamiento, donde el psicofármaco, en muchas ocasiones ineludible, no es suficiente en la función reparadora de la acción terapéutica. En este sentido resulta imprescindible la función



psicoterapéutica del psiquiatra, con capacidad para proporcionar respuestas y apoyo al estado de incertidumbre del paciente.

Así pues, a la luz de los conocimientos actuales la naturaleza de las enfermedades mentales sigue siendo un enigma. En este estado de cosas, las nosografías ateóricas mantienen su interés para delimitar los trastornos de manera consensuada, sin olvidar que son agrupaciones sintomáticas que no definen entidades nosológicas, es decir, enfermedades. Por tanto, siguen faltando parámetros objetivos para la definición de caso psiquiátrico y en las circunstancias actuales, propicias para confundir malestar y enfermedad, es muy importante que los psiquiatras detecten donde hay patología, manteniendo un estilo crítico con las corrientes de pensamiento, los consensos profesionales, las influencias de la industria farmacéutica, las presiones del sistema sanitario y las convenciones sociales.

#### Contacto

Pedro A. Marina González  
Centro de Salud Mental de La Corredoria • Oviedo, SESPA  
C/ Alfredo Blanco s/n • 33011 Oviedo  
Tel. 985 117 990 • pepaz@telecable.es

#### Referencias

1. Castells, M. La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol.2: El poder de la identidad. Alianza Editorial. Madrid. 1988.
2. Giddens, A. Modernidad e identidad del yo: El yo y la sociedad en la época contemporánea. Ediciones Península. Barcelona. 1995.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Centro de Publicaciones Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid. 2007.  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)
4. Goldberg, D, Huxley, P. Enfermedad mental en la comunidad. Ediciones Nieva. Madrid. 1990.
5. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Introducción a la filosofía de la medicina. Editorial Triacastela. Madrid. 2002.
6. Luque R, Villagrán JM. Modelos teorías y paradigmas. En Luque R, Villagrán JM (ed.) Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Editorial Trotta. Madrid. 2000 p. 39-73.
7. Luque R, Villagrán JM. Bases epistemológicas de la teoría y práctica psiquiátrica. En Luque R, Villagrán JM (ed.) Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Editorial Trotta. Madrid. 2000 p. 75-106.
8. Khun TS. La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica España. Madrid. 2006.
9. Damasio A. El error de Descartes. Editorial Crítica. Barcelona. 2001.

10. Damasio, A. Y el cerebro creó al hombre. Destino. Barcelona. 2010.
11. Punset, E. Viaje al poder de la mente. Destino. Barcelona. 2010.
12. Stahl, S. Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications. Third Edition. Cambridge University Press. New York. 2008.
13. Bernstein CA. Meta-structure in *DSM-5* process. *Psychiatric News* (revista electrónica). 2011. Vol 46, 5, 7-29 (Consultado 28-9-2014). Disponible en: <http://psychiatryonline.org/newsarticle.aspx?articleid=108259>
14. DSM-5 Task Force. Response Letter to the Society for Humanistic Psychology. 2011. Disponible en: [http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/DSM5%20TF%20Response\\_Society%20for%20Humanistic%20Psychology\\_110411r.pdf](http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/DSM5%20TF%20Response_Society%20for%20Humanistic%20Psychology_110411r.pdf)
15. Nagel, T. ¿Cómo es ser un murciélago? En: M. Ezcurdia, O. Hansberg, La naturaleza de la experiencia. Vol. I: Sensaciones. UNAM, México D. F. 2003 p. 45-63.
16. Pérez, M. Las cuatro causas de los trastornos psicológicos. Editorial Universitas SA. Madrid. 2003.
17. Lantéri-Laura, G. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Editorial Triacastela. Madrid. 2000.
18. Porter, R. Breve historia de la locura. Turner. Fondo de Cultura Económica Madrid. 2003.
19. Álvarez JM, Esteban R, Sauvagnat F. Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Editorial Síntesis. Madrid. 2004.
20. Berríos G. Concepto de psicopatología descriptiva. En Luque R, Villagrán JM (ed.) *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Editorial Trotta. Madrid. 2000 p. 109-145.
21. Castilla del Pino, C, La relación psiquiatra-paciente. En *Introducción a la psiquiatría* (2). Alianza Editorial. Madrid. 1982.
22. Berríos G. La etiología en psiquiatría: aspectos conceptuales e históricos. En Luque R, Villagrán JM (ed.) *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Editorial Trotta. Madrid. 2000 p. 539-578.
23. Kandel ER. *Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente*. 2007. Ars Medica. Barcelona. (Introducción, página XX).
24. Eguiluz I, Segarra R. Introducción. En Eguiluz I, Segarra R (Ed.) *Introducción a la psicopatología. Una visión actualizada*. 2013. Editorial Médica Panamericana. Madrid.

• Aceptado: 09/10/2014.