

Clasificar en psiquiatría y el DSM-V: algunas reflexiones con y más allá de Georges Canguilhem

Classify in Psychiatry and the DSM-V: some Reflections with and Beyond Georges Canguilhem

Rodrigo Lagos Berríos*
Universidad de Santiago de Chile
rodrigo.lagos.x@gmail.com

DOI: 10.5281/zenodo.4320769

Recibido: 29/11/2019 **Aceptado:** 06/05/2020

Resumen: El presente artículo aborda las cuestiones referidas al problema de la clasificación de los trastornos mentales en la psiquiatría en el contexto de la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales* (DSM-V). En primer lugar, se entregan algunos antecedentes en la historia de la clasificación de los trastornos mentales y se muestra la evolución que ha tenido el DSM en el tiempo. En segundo lugar, se indaga en la delimitación de lo normal y lo patológico en la psiquiatría a través del pensamiento médico-filosófico de Canguilhem. En tercer lugar, se reflexiona acerca de la gestión biopolítica de los sufrimientos psíquicos en los criterios diagnósticos del DSM-V y su creciente medicalización. Finalmente, se hace una aproximación a los conceptos de salud y enfermedad en Canguilhem en tanto incorporan variables vivenciales y existenciales ausente en las clasificaciones del DSM-V y en el diagnóstico psiquiátrico.

Palabras clave: Canguilhem, clasificar, sufrimientos psíquicos, medicalizar, patología.

Abstract: This article addresses the issues related to the problem of classification of mental disorders in psychiatry in the context of the fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V). First, some background information is provided on the history of the classification of mental disorders and the evolution that DSM has had over time is shown. Secondly, the delimitation of the normal and the pathological in psychiatry is investigated through Canguilhem's medical-philosophical thought. Thirdly, the biopolitical management of psychic sufferings is reflected in the diagnostic criteria of the DSM-V and its increasing medicalization. Finally, an approach to the concepts of health and disease in Canguilhem is made as it incorporates existential and experiential variables absent in the DSM-V classifications and in the psychiatric diagnosis.

Keywords: Canguilhem, classify, psychic sufferings, medicalize, pathology.

* Chileno. Licenciado en Educación en Filosofía y profesor de Filosofía por la Universidad de Santiago de Chile (USACH).

<https://orcid.org/0000-0003-3190-3555>

1. Introducción

Clasificar significa ordenar, separar u organizar un conjunto de elementos en clases a partir de un criterio preestablecido. Para poder clasificar algo es necesario conocer el universo a cual pertenece ese algo que deseamos clasificar, es decir, hay que definir la totalidad en la que forma parte lo clasificado. Toda clasificación es entonces un sistema de ordenación de un conjunto de objetos de acuerdo a un criterio determinado. Pensemos, por ejemplo, en el orden de los libros en una biblioteca clasificados ya sea por área temática, autor, disciplina, género literario, etc. Pero que una clasificación sea internacionalmente aceptada, reconocida, y enseñada no implica necesariamente que sea una buena clasificación. El consenso no elimina la necesidad de análisis y el análisis puede llevarnos finalmente al disenso. Michel Foucault en su libro *Las palabras y las cosas* dedica uno de los capítulos para analizar las clasificaciones y las distribuciones naturales de los siglos XVII y XVIII en las historias de las ideas o de las ciencias. En el prefacio de este texto publicado en 1966 Foucault sostiene que el nacimiento de esta obra se debe a un ensayo de Borges, *El idioma analítico de John Wilkins*, en el que el escritor argentino presenta una particular clasificación que figura en “cierta enciclopedia china” donde está escrito que:

Los animales se dividen en a) pertenecientes al Emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l) etcétera, m) que acaban de romper el jarrón, n) que de lejos parecen moscas.¹

La cita de Borges nos muestra, no sin ironía, hasta qué grado de absurdo puede llegar esa extraña afición del ser humano por ordenar su mundo. Lo interesante aquí para Foucault es constatar que, en principio, no existe nada dentro de la naturaleza que nos obligue a optar por un orden en beneficio de otro. Dicho de otro modo, la ordenación de la realidad con base en un determinado esquema clasificatorio respondería no a una disposición natural de las cosas sino más bien a cuestiones

¹ BORGES, Jorge Luis. *Otras inquisiciones*. Emecé editorial, Buenos Aires, 1960, p. 142.

culturales. Ahora bien, ¿Qué ocurre cuando lo que se intenta clasificar no son las cosas, ni los animales, ni tampoco las plantas, sino los seres humanos y su sufrimiento psíquico? En la actualidad encontramos que la clasificación de los trastornos mentales está dominada por un discurso psiquiátrico hegemónico cuyo mayor representante es el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de uso generalizado en el ámbito de la psiquiatría y en salud mental. En su práctica clínica es habitual que psicólogos y psiquiatras utilicen el DSM para identificar, diagnosticar, y tratar los diferentes trastornos mentales de sus pacientes. El DSM va a surgir entonces de esta necesidad de contar con un sistema de clasificación que permita a los especialistas en salud mental acceder a un manual aceptado y consensuado que clasifique los trastornos mentales, obligando a los especialistas a establecer acuerdos entre los distintos criterios diagnósticos de los trastornos.² Esto a su vez, permitirá proporcionarle consistencia y legitimidad científica a la psiquiatría oficial para validar su intervención bajo parámetros médicos y científicos. En este contexto, aparecerá en 1952 la primera edición del DSM editada por el comité de nomenclaturas y estadísticas de la *Asociación Americana de Psiquiatría* (A.P.A.). Luego de la primera edición del manual en 1952, el DSM ha sido sometido a constantes revisiones, ampliaciones, y actualizaciones en variadas ocasiones. Muestra de esto se ve reflejado en los cambios en los criterios diagnósticos que han dado origen a diferentes ediciones del manual a lo largo del tiempo.³ Finalmente, en el año 2013 se publica el DSM-V que corresponde a la última versión de este manual para el abordaje de los trastornos mentales.

Ahora bien, las distintas ediciones del DSM han llevado a la incorporación paulatina de nuevas categorías y grupos de trastornos, así como también, cambios en los criterios diagnósticos específicos y la inclusión de diagnósticos no especificados. La última edición el DMS-V, por ejemplo, abandona el sistema de clasificación multiaxial de las ediciones anteriores y modifica el orden en la clasificación de los trastornos mentales.⁴ Estos nuevos cambios contenidos en el DSM-V han

² CAMACHO, Javier. «Los diagnósticos y el DSM-IV». 2006, p. 5.

³ En 1968 aparece el DSM-II, en 1980 el DSM-III, en 1987 se publica la revisión de la tercera edición llamada DSM-III-R, en 1994 el DSM-IV, y en el año 2013 se publica la última edición del manual el DSM-V.

⁴ SANDÍN, Bonifacio. «DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?». En *Revista de psicopatología y psicología clínica*, N° 3, Madrid, 2013, p. 267.

provocado que este manual que funciona como una herramienta para el diagnóstico de los trastornos mentales, no deje de estar ausente de diversas controversias y polémicas.⁵ Todo esto sumado a su enorme relevancia al ser empleado en casi todo el mundo y por el impacto que genera en la investigación, la enseñanza, y la toma de decisiones políticas y forenses en el tratamiento de los trastornos mentales.⁶ En este escenario una de las principales controversias que surge a partir de la reactualización del manual es donde fijar el límite entre lo normal y lo anormal, o lo que también se denomina patológico. Si nos guiamos por los criterios diagnósticos del DSM-V encontramos que lo anormal tiende a identificarse con lo patológico, considerando a ambos como equivalentes. Sin embargo, en sentido estricto, ambos son conceptos distintos y que deben ser diferenciados. Si recurrimos a la etimología griega de la palabra lo “patológico” alude a un *pathos*, es decir, a un sufrimiento mientras que lo “anormal” a diferencia de lo patológico, se refiere solamente a aquello que escapa de la norma o promedio.⁷ Esta distinción tan clara y precisa de ambos conceptos se encuentra comprendida en la obra del filósofo francés Georges Canguilhem.

En la época actual el uso del DSM-V se ha traducido en un sobre diagnóstico de trastornos mentales por parte de los psiquiatras.⁸ El limitado espacio que dedica la psiquiatría a la comprensión de los sufrimientos psíquicos individuales en comparación con su gran interés por medir, localizar, y cuantificar funciones cerebrales asociadas a desvíos de conductas ha llevado a *medicalizar* situaciones de la vida diaria.⁹ Además, si consideramos que el DSM constantemente está siendo reestructurado y actualizado de esto se desprende que los límites entre lo normal y lo patológico siempre varían. Por tanto, es fundamental cuestionar los criterios diagnósticos del DSM-V, sus efectos médicos, su impacto social, y otros elementos ampliamente discutidos, tales como el limitado espacio que posee el sufrimiento psíquico al interior de las clasificaciones científicas. Justamente, esta investigación

⁵ BLUMENTHAL-BARBY, Jennifer. «Psychiatry's new manual (DSM-5): ethical and conceptual dimensions». En *Journal of medical ethics*, 2013, p. 532

⁶ JEREZ, Sonia; SILVA, Hernán. «DSM-5. Análisis y controversias». En *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, N°1, Santiago, 2014, p. 58.

⁷ CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI, Buenos Aires, 1971, p. 101.

⁸ JEREZ, Sonia; SILVA, Hernán. «DSM-5. Análisis y controversias», p. 58.

⁹ Un claro ejemplo de esto lo constituye el caso del duelo que en el DSM-V es considerado ahora como un factor desencadenante de un trastorno depresivo. Lo que permite que se medicalice una situación de la vida cotidiana bajo el criterio de patológico.

busca contribuir a esta reflexión para mostrar que Canguilhem puede ser útil para avanzar en la crítica y el debate acerca de los criterios epistemológicos, médicos, y existenciales que forman parte de las discusiones de los parámetros de la salud mental y en especial del DSM-V en la psiquiatría. Para lograr lo anterior, recurriremos a las reflexiones médico-filosóficas de Canguilhem de lo normal y lo patológico y a su novedoso planteamiento de la salud y la enfermedad. Desde la perspectiva de Canguilhem “la salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar”¹⁰ lo que implica que la salud no representa un resultado científico sino que es un concepto al alcance de todos y, por lo mismo, sujeto siempre a reflexión. La salud para Canguilhem posee siempre un aspecto inminentemente subjetivo y vivencial, que escapa de cualquier representación científica. En este sentido, la concepción de la salud de Canguilhem nos permite profundizar en los límites de las variables subjetivas en las clasificaciones del DSM-V en tanto su planteamiento de la salud integra variables existenciales y vivenciales de tipo singular. Además, se complementarán las ideas de Canguilhem con el pensamiento filosófico-político de Foucault que nos permite profundizar aún más en la crítica al DSM-V como una estrategia biopolítica.

En vistas de lo anterior el presente artículo persigue los siguientes objetivos: 1) proporcionar algunos antecedentes en la clasificación de los trastornos mentales y mostrar la evolución del DSM-V, para así 2) indagar en la delimitación de lo normal y lo patológico por medio del pensamiento de Canguilhem, para luego 3) reflexionar acerca de la gestión biopolítica de los sufrimientos psíquicos en los criterios diagnósticos del DSM-V. Finalmente 3) se hace una aproximación a los conceptos de salud y enfermedad en Canguilhem en tanto integran variables vivenciales y existenciales ausentes en el DSM-V.

2. Algunos antecedentes en la historia de la clasificación de las enfermedades mentales y la evolución del DSM-V

El primer antecedente en la historia de la clasificación de las enfermedades mentales se encuentra en Grecia con Hipócrates en siglo IV a.c que distinguió entre “manía” y “melancolía” y las utilizó para referirse a ciertas formas de enfermedades

¹⁰ CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la Medicina*. Amorrortu, Buenos Aires, 2004, p. 52.

mentales.¹¹ Anteriormente, Asclepiades en el siglo I a.c había dividido las enfermedades mentales en agudas y crónicas. La distinción hecha por Hipócrates se mantendrá hasta el Renacimiento con Galeno y en 1583 Barrough va a incorporar una nueva categoría en la clasificación de las enfermedades mentales: la demencia.¹² En 1798 Philippe Pinel publica la *Nosographie philosophique* donde clasifica las enfermedades mentales y tres años más tarde escribe el *Tratado médico-filosófico de la alienación mental*. Con esto, Pinel establece las bases del diagnóstico psiquiátrico moderno ya que va a atribuir a las dolencias de las enfermedades mentales un desajuste de las facultades cerebrales, debido a causas físicas o morales. Por otro lado, Emil Kraepelin con su *Manual de Psiquiatría clínica* (1899) funda la clasificación de las enfermedades mentales como se conoce en la actualidad porque elabora un sistema para agrupar a pacientes con una sintomatología homogénea que conformaban un síndrome.¹³ Los criterios que fueron utilizados por Kraepelin se sustentaban en causas de tipo orgánicas tales como: hereditarias, metabólicas, cerebrales, etc. Este antecedente nos explica por qué en la actualidad las primeras enfermedades mentales en ser descritas y clasificadas fueron las de tipos orgánicas.

Posteriormente, el primer intento de clasificación de las enfermedades mentales en el mundo americano fue la junta anual de la *Asociación Americana de Psiquiatría* (A.P.A.) en 1869. En este contexto, es donde se crea el DSM como una forma de responder a la demanda de contar con un sistema de clasificación de los trastornos mentales validado oficialmente por la comunidad psiquiátrica. Ahora bien, desde la aparición de la primera edición del DSM este manual ha aumentado considerablemente el número de trastornos incluidos en sus diferentes ediciones a lo largo del tiempo.¹⁴ En su primera edición el DMS-I tenía un número total de 106 trastornos incluidos, en el DSM-II 137 trastornos, en el DSM-III 182 trastornos, en el DSM-III-R 204 trastornos, en el DSM-IV 220 trastornos, y finalmente en el DSM-V un número total de 216 trastornos incluidos. Además, no solo se ha producido un aumento en la cantidad de trastornos incluidos en las diferentes ediciones del DSM sino que también ha crecido la extensión física del manual. La primera edición del DSM-I tenía un total de 130 páginas, el DSM-II 134 páginas,

¹¹ DEL BARRIO, Victoria. «Raíces y evolución del DSM». En *Revista de Historia de la Psicología*, N° 2-3, Valencia, 2009, p. 82.

¹² DEL BARRIO, Victoria. «Raíces y evolución del DSM», p. 82.

¹³ DEL BARRIO, Victoria. «Raíces y evolución del DSM», p. 82.

¹⁴ SANDÍN, Bonifacio. «DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?», p. 256.

el DSM-III 494 páginas, el DSM-III-R 567 páginas, el DSM-IV 886 páginas y el DSM-V 947 páginas. Este aumento en la extensión del manual y en el número de trastornos incluidos se podría explicar en principio por los avances de las investigaciones biomédicas y por el desarrollo de las tecnologías, que han descubierto nuevos trastornos mentales susceptibles de ser incorporados en el actual DSM-V. Sin embargo, como señala Thomas Insel el actual director del *National Institute of mental Health* (NIMH): la principal debilidad DSM-V es su falta de validez empírica.¹⁵ Lo anterior, significa que hay muchos trastornos mentales que están descritos en el DSM-V y que no cuentan con un respaldo de evidencia científica o una medición objetiva de laboratorio. Por esto, el NIMH busca reorientar la investigación del DSM-V y abandonar sus criterios diagnósticos para que el sistema diagnóstico utilice los datos emergentes de las nuevas investigaciones y no las categorías actuales del DSM-V que están sustentadas en la descripción de síntomas.¹⁶ Desde la perspectiva del NIMH, el principal problema del DSM-V está en ser un manual descriptivo y estadístico y que, por tanto, no investiga la estructura interna del o de los trastornos mentales que diagnostica.

El DSM-V tal como ya fue señalado en un comienzo suscitó una serie de controversias por parte de los expertos. Entre las principales críticas se encuentra la inclusión de diagnósticos que son altamente comunes en la población, y que podrían llevar a tasas más altas en los trastornos mentales.¹⁷ Se incorpora, por ejemplo, el *Trastorno mixto ansioso-depresivo* que toma síntomas no específicos que están ampliamente distribuidos en la población y que, por lo mismo, se transformaría en uno de los diagnósticos más comunes. También el DSM-V elimina el criterio de exclusión del duelo como un factor desencadenante del *Trastorno Depresivo Mayor* (TDM), por lo que se estaría incurriendo en *medicalizar* una condición humana normal.¹⁸ Para comprender a que se refiere este nuevo fenómeno

¹⁵ JEREZ, Sonia; SILVA, Hernán. «DSM-5. Análisis y controversias», p. 59.

¹⁶ El problema de eso para Caponi es volver a las mismas premisas que Foucault identificó y que dieron origen a los sueños frustrados de la psiquiatría del siglo XIX. A saber, la suposición de que los trastornos mentales son trastornos biológicos y que involucran circuitos cerebrales y la construcción de diagnósticos basados en la biología y no en los síntomas. CAPONI, Sandra. «O DSM-V como dispositivo de segurança». En *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, N° 3, Rio de Janeiro, 2014, p. 747.

¹⁷ JEREZ, Sonia; SILVA, Hernán. «DSM-5. Análisis y controversias», p. 58.

¹⁸ SALINAS, Pablo; FULLERTON, Claudio; RETAMAL, Pedro. «Trastornos del ánimo y el DSM-5». En *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, N° 1, Santiago, 2014, p. 18.

hay que señalar que “la *medicalización* describe un proceso por el que problemas que no son médicos se definen y se tratan como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedad y trastorno”¹⁹. Lo anterior quiere decir que el duelo considerado antes una condición humana normal, ahora sería tratado como un problema médico. Desde la opinión de los críticos y de los expertos los nuevos trastornos incorporados en el DSM-V llevarían a aumentar los errores en los diagnósticos, es decir, pacientes que son diagnosticados con un trastorno mental y que comienzan a ser medicados, podrían finalmente no presentar tal trastorno. En resumen, la crítica generalizada al DSM-V apunta a que este promueve la inclusión de variantes que son consideradas normales, como el caso del duelo y otros, bajo el rótulo de trastornos mentales provocando que el concepto de trastorno mental resulte totalmente indeterminado. Pero lo que resulta aún más cuestionable y preocupante es que con el aumento de personas diagnosticadas con trastornos mentales la industria farmacéutica sigue acrecentando su marketing y se fabrican nuevos medicamentos que serían la “solución” para aquellos trastornos incluidos en el DSM-V.²⁰ Este es un tema que no es objeto de esta investigación pero, sin duda, debe ser considerado como una consecuencia inevitable del fenómeno de la *medicalización* de la vida cotidiana.

3. Una breve revisión de lo normal y lo patológico en Canguilhem

En *Lo normal y lo patológico* (1943) Canguilhem realiza un análisis sistemático y crítico de los conceptos de normal, anomalía, y patología usado en las ciencias de lo

¹⁹ “Medicalization describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders” CONRAD, Peter. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2008, p. 4. Traducción propia.

²⁰ En el artículo de Cosgrove y Akansha se hace un análisis crítico que muestra la relación que existe entre la industria farmacéutica y la creciente práctica medicalizadora de la psiquiatría contemporánea. COSGROVE, Lisa; AKANSHA, Vaswani. «The Influence of Pharmaceutical Companies and Restoring Integrity to Psychiatric Research and Practice». En *Critical Psychiatry*, Springer, Cham, 2019, pp. 75-78.

viviente.²¹ En este texto Canguilhem emprende la tarea de develar lo que se ha interpretado hasta entonces por normal y anormal/patológico, para luego detenerse a plantear que vida y norma no pueden ser concebidas por separado. Para explicar lo “normal” Canguilhem recurre al *Dictionnaire de médecine* de Littré y Robin, donde normal (*normalis*, de norma, o regla) se entiende cómo ser conforme a la regla o regular.²² Canguilhem analiza el *Vocabulario técnico y crítico de la filosofía de Lalande*, y destaca que aquí también se apela a la etimología del término normal para su definición. En este sentido, “normal” es lo que proviene de la norma que designa también a la escuadra, por tanto, normal es quien se mantiene en el justo medio.²³ De lo anterior, se pueden desprender dos significados para el término “normal” según Canguilhem. En un primer sentido lo “normal” tiene relación con lo viviente y es identificado con lo que debería ser, es decir, en referencia a un valor o ideal para un organismo. En un segundo sentido lo “normal” corresponde a aquello que se encuentra en la mayoría de las especies, en otras palabras, el promedio estadístico. En este punto la fisiología es fundamental para esta segunda acepción de lo normal ya que la fisiología se ha transformado en la ciencia del hombre normal, apoyada en el postulado de que “el hombre normal” es el hombre de la naturaleza.²⁴ La medicina a su vez va a respaldar su autoridad en la fisiología porque esta describe el funcionamiento normal de un organismo tal como este es. En consecuencia, la organización habitual en que se encuentran las partes de un organismo es considerado como lo “normal” por la fisiología y por la medicina. Sin embargo, a juicio de Canguilhem, en la medicina existe una confusión en el uso de los dos sentidos del término normal, ya que por una parte se designa como normal a un hecho (el estado habitual de los órganos) y por otra parte, se le atribuye un valor a ese hecho mediante un juicio valorativo (lo que el organismo debería ser). Pensemos, por ejemplo, en los valores considerados normales para el ritmo cardíaco de una persona adulta que van desde las 60-80 pulsaciones por minuto y que representan la media poblacional. Canguilhem indicó la dificultad de identificar este valor (60-80 pulsaciones por minuto) con lo “normal” y los desvíos o anomalías respecto de este valor con procesos patológicos. Esto es explicado por Canguilhem cuando se refiere al caso de Napoleón, cuyo ritmo cardíaco era de cuarenta

²¹ TORRANO, María Andrea. «Canguilhem y Foucault. De la norma biológica a la norma política». En *Revista estudios de epistemología*, N° 6, Universidad Nacional de Tucumán, 2013, p. 125.

²² CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*, p. 91.

²³ CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*, p. 91.

²⁴ CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*, p. 219.

pulsaciones por minuto y que no le impidió responder a las exigencias de un emperador.²⁵

Para Canguilhem “el hombre normal es el hombre normativo, el ser capaz de instituir nuevas normas, incluso orgánicas”²⁶. La vida para Canguilhem es siempre una polaridad dinámica que constantemente está prefiriendo y rechazando cosas ya que está estableciendo valoraciones ante las contingencias del medio ambiente. Lo que significa que la vida en sí misma es una actividad normativa porque la vida no es un mero sometimiento al medio ambiente, sino que la vida insta normas que valorizan los hechos con la finalidad de resolver las dificultades que impiden su conservación y desarrollo. De ahí que Canguilhem afirme que “la vida es polaridad y por ello mismo posición inconsciente de valor”²⁷. La vida es por sí misma creación de valor al ser fundamentalmente normativa, pues la vida posee en sí misma la capacidad de preferir entre aquello que le permite crear las condiciones óptimas para su vivir o bien rechazar aquello que se las niega.²⁸ Por consiguiente, nuestro vivir como organismos vivos no es indiferente frente al medio ambiente en el que habitamos, debido a que siempre nos vemos obligados a instituir nuevas normas y nuevas valoraciones que permitan nuestra individualización. Por esto, para Canguilhem un ser vivo no puede ser considerado como normal aislado de su medio ambiente. Desde esta perspectiva, un ser vivo es normal siempre en relación con un medio ambiente dado, y esta relación es la que lo constituye como tal. En este sentido, un ser vivo puede ser considerado normal en tanto se encuentra en un medio ambiente específico que le facilita responder a las exigencias que la vida le impone. A su vez este medio ambiente se considera normal debido a que promueve en el ser vivo la variabilidad funcional y la fecundidad, que le permiten optimizar su adaptación. Si pensamos ahora en la anomalía que representa una desviación respecto del promedio o tipo específico, ella a priori no puede ser considerada como algo patológico ya que como explica Canguilhem “no existe un hecho normal o

²⁵ CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*, p. 137.

²⁶ CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*, p. 104.

²⁷ CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*, p. 92

²⁸ Esta hipótesis que concibe la vida como una actividad fundamentalmente normativa es algo que ya está presente en los planteamientos de Nietzsche: “La vida no es una adaptación de condiciones internas o externas, sino voluntad de poder, que, partiendo del interior, se somete y se incorpora siempre mayor cantidad de exterior”. NIETZSCHE, Friedrich. *La voluntad de poder*. Trad. Aníbal Froufe. Editorial EDAF, Madrid, 2000, p. 455.

patológico en sí. La anomalía o la mutación no son de por sí patológicas. Expresan otras posibles normas de vida²⁹. Para analizar la anomalía Canguilhem recurre nuevamente a la etimología de la palabra y al *Vocabulario técnico y crítico de la filosofía* de Lalande. Canguilhem se da cuenta que los conceptos de anomalía y anormal han sido usados de manera equivocada. La anomalía es un sustantivo al que en francés no le corresponde ningún adjetivo y, anormal es un adjetivo que no le corresponde ningún sustantivo. Sin embargo, con el uso la palabra anormal se ha convertido en el adjetivo de la anomalía.³⁰ El concepto anomalía, advierte Canguilhem, proviene del griego *ómalos*, que significa igual, liso, unido, etc. Por tanto, la anomalía (*an-ómalos*), es lo desigual, lo irregular, la variedad. Para Canguilhem la palabra “anomalía” refiere a un hecho, es decir, que es un término descriptivo y que tiene un valor neutral. Mientras que la palabra “anormal” designa un valor que la mayoría de las veces es negativo, por lo que es un término normativo y, por tanto, remite a un hecho apreciativo. La anomalía entonces representa aquella variedad que escapa del promedio estadístico y del ser humano normal de la fisiología, pero que no deja de estar ausente de norma. Esto quiere decir que la anomalía expresa una normatividad alternativa, en comparación con la del promedio de la especie, para enfrentar las demandas del medio ambiente. La anomalía se justifica y representa una suerte de diversidad, pero que en sí no representa ni una enfermedad ni algo patológico, pues se trata simplemente de expresiones diferentes en las que se manifiesta un organismo. Por ello, para Canguilhem “lo patológico no es la ausencia de norma biológica, sino una norma diferente pero que ha sido comparativamente rechazada por la vida”³¹. Para entender las palabras de Canguilhem es importante recurrir al mismo ejemplo que da el filósofo francés en *Lo normal y lo patológico*. Canguilhem propone el caso del hemofílico para ilustrar cuando una anomalía se puede llegar a transformar en algo patológico. El hemofílico, nos dice Canguilhem, presenta todas las funciones normales en comparación con los organismos sanos. No obstante, producto de su condición hemofílica no tiene una adecuada coagulación de la sangre y sufre de hemorragias interminables. Es por esto, que la vida del hemofílico sería normal si la vida animal no implicara ya relaciones con un medio ambiente que puede provocar lesiones en el organismo. La hemofilia que, en principio, es una anomalía por

²⁹ CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*, p. 108.

³⁰ TORRANO, María Andrea. «Canguilhem y Foucault. De la norma biológica a la norma política», p. 128.

³¹ CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*, p. 108.

mostrar la variedad del organismo se transforma finalmente en algo patológico porque impide una función vital del organismo y, le ocasiona además un sentimiento directo de dolor y de sufrimiento. Por tanto, lo patológico para Canguilhem involucra siempre un *pathos*, esto es, un sentimiento de sufrimiento, de vida contrariada que es experimentado por el organismo.

En suma, la hemofilia es una anomalía que tiene el carácter eventual de patología porque dificulta la relación del hemofílico con el medio ambiente, y que está asociada a un sufrimiento. En este sentido, es el organismo para Canguilhem quien determina como patológica su condición de hemofílico, en tanto es vivenciada por él como un valor negativo que se traduce en el sentimiento de sufrimiento que experimenta. De modo que la anomalía no puede ser considerada de entrada como patológica ya que la anomalía solo representa la variedad que escapa del tipo específico o de la normalidad estadística. Por el contrario, lo patológico contribuye siempre negativamente al bienestar de la persona u organismo. Finalmente, Canguilhem logra con su análisis en *Lo normal y lo patológico* distinguir entre los conceptos de normal, anomalía, y patología. Ahora bien, ya efectuada esta aclaración preliminar es posible trazar una distinción más clara para poder abordar los criterios epistemológicos del DSM-V y así reflexionar respecto del lugar que posee el sufrimiento psíquico al interior de las clasificaciones del DSM-V.

4. La gestión biopolítica de los sufrimientos psíquicos en el DSM-V

Para comenzar hay que aclarar que el DSM-V es un manual que clasifica *trastornos mentales* y no *enfermedades mentales*. Esto parece ser algo baladí pero es muy importante tenerlo a la vista ya que el concepto de enfermedad implica una investigación etiológica, la agrupación de síntomas, un curso, y un pronóstico. Por el contrario, en los trastornos mentales no se identifica, a ciencia cierta, las causas etiológicas y los procesos patológicos en los distintos cuadros clínicos.³² Los trastornos mentales tienen una relación directa con patrones de comportamiento de significación clínica que están asociados a un malestar físico o emocional de una

³² ECHEBURUA, Enrique; SALABERRÍA, Karmele; CRUZ-SÁEZ, Marisol. «Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica». En *Terapia psicológica*, Santiago, 2014, p. 70.

persona.³³ En el DSM-V, por ejemplo, encontramos una descripción detallada y una amplia lista de criterios diagnósticos para que los trastornos mentales puedan ser identificados por los profesionales de la salud mental. En este contexto, la práctica clínica está dominada por un manual fundamentalmente estadístico y descriptivo que busca la homogeneización diagnóstica, con el objetivo de establecer la salud mental en parámetros más o menos objetivos y universales. Por esto, el sufrimiento psíquico que experimenta el paciente y que permite diferenciar en una primera instancia un estado normal de uno patológico, es considerado como insuficiente y es sustituido por los criterios científicos del DSM-V. Esto último, lo explica también Canguilhem cuando introduce el concepto de *cuerpo subjetivo* “la definición de un estado que el discurso médico cree poder definir en tercera persona”³⁴. El *cuerpo subjetivo*, como bien explica Canguilhem, representa esa experiencia vivencial que tenemos de nuestro cuerpo que involucra estados, tales como el dolor o el placer que no son objetivables. Sin embargo, la psiquiatría contemporánea se ha centrado en mantener un enfoque científico-natural de los trastornos mentales, que reemplaza la referencia en primera persona del *cuerpo subjetivo* como un factor determinante de un estado patológico. Como sostiene Rabinow, Canguilhem realizó un ataque frontal al edificio de la normalización tan esencial para los procedimientos de la ciencia y de la medicina positivistas. Donde es el sufrimiento, y no las mediciones normativas o los desvíos del patrón, lo que establece el estado de enfermedad.³⁵ Pero, desde que la medicina alcanza su máximo paradigma de científicidad con el desarrollo de la fisiología experimental del siglo XIX, comienza a autointerpretarse principalmente como un asunto cuantitativo y científico.³⁶ Lo que determinará que parámetros estadísticos predominen respecto de la relación sujeto y entorno, y por sobre otras variables singulares como el sufrimiento. De este modo, el saber médico permitirá configurar una representación del hombre a partir de una concepción organicista “si se ha podido constituir un saber sobre el cuerpo, es gracias al conjunto de una serie de disciplinas escolares y militares. Es a partir de un poder

³³ ECHEBURUA, Enrique; SALABERRÍA, Karmele; CRUZ-SÁEZ, Marisol. «Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica», p. 66.

³⁴ CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la Medicina*, p. 64.

³⁵ RABINOW, Paul. *Antropología da Razão*. Trad. de João Guilherme Biehl. Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1999, p. 145.

³⁶ PANIKKAR, Raimon. *La religión, el mundo y el cuerpo*. Herder, Barcelona, 2014, p. 106, p. 129.

sobre el cuerpo como un saber fisiológico orgánico, ha sido posible”³⁷. Foucault nos advierte que la medicina desde el comienzo del siglo XX se vuelve peligrosa no por su ignorancia o falsedad sino por su saber, pues se constituye como una ciencia.³⁸ La medicina para Foucault es comprendida como un discurso de poder que opera a partir de dispositivos de diversa índole que forma parte del grupo de las estrategias tendientes a la normalización de los cuerpos individuales y sociales, y a la producción de un cierto tipo de subjetividad.

La crítica de Foucault no es a la medicina como tal o a sus innegables avances en el campo de la ciencia, sino más bien su crítica es contra la ideología que subyace en el discurso médico (respaldado en el conocimiento del cuerpo humano) que en nombre del control de las enfermedades y en ganancia de la duración de la vida busca finalmente someterla. Con esto, Foucault se refiere a las funciones represivas o biopolíticas del discurso médico. Algo que Canguilhem también había denunciado pero respecto del diagnóstico de la psicología actual, que al no reflexionar sobre su práctica y su carácter ideológico se convierte solo en una tecnología de adaptación al medio social.³⁹ En el caso de Foucault se trata de la medicina concebida como dispositivo al servicio de la biopolítica para ejercer el poder y el control sobre los cuerpos, en favorecimiento de los intereses ideológicos y económicos del biopoder. La expansión del campo de acción tradicional de la medicina en el siglo XVIII hacia otras esferas de la vida como la sexualidad, las condiciones de vivienda, el régimen urbanístico, la higiene y la alimentación, constituye un campo de intervención médica que ya no se relaciona exclusivamente al ámbito de las enfermedades.⁴⁰ De esta manera, comienza un proceso que Foucault llama *medicalización indefinida* en

³⁷ FOUCAULT, Michel. *Microfísica del poder*. Ediciones la Piqueta, Madrid, 1979, p. 107.

³⁸ FOUCAULT, Michel. «La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina». En *Revista Cubana de Salud Pública*, N° 1, 2018. p. 165.

³⁹ La sentencia al final de la conferencia de Canguilhem no deja duda acerca de su diagnóstico de la psicología actual: “Es, entonces, muy vulgarmente como la filosofía plantea la pregunta a la psicología: dime ¿hacia qué tiendes, para yo saber quién eres? Pero el filósofo también puede dirigirse al psicólogo bajo la forma de un consejo de orientación y decirle: cuando se sale de la Soborna por la calle Saint-Jacques, se puede subir o bajar, si se sube, se acerca al Panteón, que el Conservatorio de algunos grandes hombres, pero si se baja, se dirige con seguridad hacia la Prefectura de policía”. CANGUILHEM, Georges. «¿Qué es la psicología?». En *Revista colombiana de psicología*, N° 7, Vol. 1, Bogotá, 1998, p. 14.

⁴⁰ FOUCAULT, Michel. «La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina», p. 168.

la que el saber médico deja de intervenir solo en las enfermedades de los enfermos (síntomas, malestar, sufrimiento del enfermo) para imponerse al sujeto enfermo o grupo familiar como un acto de autoridad, como una forma de gobernar la conducta y controlar los cuerpos. Así entonces, la medicina se consolida como un poder autoritario con funciones normalizadoras que sobrepasan las existencias de las enfermedades y las demandas del enfermo.⁴¹

En la actualidad, esta *medicalización indefinida* está representada por el afán clasificador del DSM-V que busca ordenar y clasificar a los sujetos en categorías psicopatológicas para hacerlos objetos de prácticas y controles disciplinarios, ejercidos por el discurso psiquiátrico que funciona como dispositivo de *poder-saber* en nuestra época. Según Foucault en todas las culturas y en cada época existe una *experiencia desnuda del orden*.⁴² Por ejemplo, en la clasificación de la enciclopedia china que Foucault cita del texto de Borges hay una experiencia del orden que no es la nuestra y, por esto, nos resulta imposible de pensar. Esta imposibilidad de pensar el orden no tiene que ver con el lenguaje o los contenidos empíricos porque a cada una de las categorías que integran la clasificación podríamos proporcionarle un contenido preciso. Lo que nos resulta imposible de pensar es el espacio intermedio entre las palabras y las cosas que facilita que sea coherente situarlas una al lado de la otra, y así ordenarlas de manera alfabética. A esta región intermedia Foucault la denominó *episteme* o los códigos fundamentales de una cultura.⁴³ Para Foucault una *episteme* es lo que define las condiciones de posibilidad de todo saber en una época determinada. Por una parte, Foucault afirma que “en una cultura y en un momento dado nunca habrá más que una sola *episteme*, que define las condiciones de posibilidad de todo saber”⁴⁴. La *episteme* es la disposición que toma el saber en una determinada época, es la experiencia desnuda del orden, es un campo de positivities. Por otra parte, la *episteme* posibilita la aparición o no de ciertos tipos de saberes, tecnologías, prácticas cotidianas, y cierto tipo de hombre. En el fondo la

⁴¹ FOUCAULT, Michel. «La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina», p. 169.

⁴² FOUCAULT, Michel. *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Trad. Elsa Cecilia Frost. Siglo XXI Editores, Argentina, 1968, p. 6.

⁴³ FOUCAULT, Michel. *Las palabras y las cosas*, p. 5.

⁴⁴ FOUCAULT, Michel. *Tecnologías del yo*. Paidós, Barcelona, 1966, p. 179.

episteme es un sistema de interpretación que condiciona la forma de entender el mundo y las cosas.⁴⁵

En este sentido, la psiquiatría no sería una ciencia exacta debido a que está condicionada por la *episteme* del momento histórico en el que está inserta. La *episteme* sería justamente aquello que permite establecer las condiciones de posibilidad de lo enunciable y cognoscible de cada época y cultura. De ahí que Foucault explique en *Historia de la locura de la época clásica* que en la Edad Media la figura del loco aparecía tematizada en los mitos y en las fábulas como un personaje importante por su ambigüedad, y que la locura formaba parte de la verdad interna del hombre, como una especie de gran sinrazón que arrastra a todos los hombres.⁴⁶ De igual modo, en el Renacimiento la locura era concebida como una experiencia trágica y cósmica que expresaba el absurdo del mundo. Para Foucault tanto en la Edad Media como en el Renacimiento la locura se oponía a la razón como una forma alternativa de la existencia, y no como un simple rechazo. Pero al llegar la Edad clásica (Siglo XVII y XVIII) acontece el gran cambio, pues la locura se transforma en la sinrazón, en algo ligado a lo inhumano y opuesto a lo racional, por lo que no hay locura más que por referencia a la razón.⁴⁷ El loco finalmente se convierte en el “enfermo mental” llegado el término de la Ilustración. En consecuencia, el sentido que se le debe conceder a la enfermedad es histórico y, así mismo, el hecho patológico debe comprenderse en relación con las estructuras sociales del medio humano del enfermo. Por tanto, lo que sea considerado como un trastorno mental en una determinada época dependerá del contexto sociocultural, obviamente también ligado a las relaciones de *poder-saber*. Por esto, el diagnóstico psiquiátrico desde la perspectiva de Foucault no puede ser algo objetivo o neutro porque se encuentra vinculado a lo que él llama *biopolítica*. Foucault acuña el concepto de biopolítica “para designar lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al *poder-saber* en un agente de

⁴⁵ Foucault en *Las palabras y las cosas* analiza las distintas epistemes o estructuras de pensamientos propias de cada época, especialmente, la episteme clásica del siglo XVII y XVIII y la episteme moderna de finales del siglo XVIII y que recorre los siglos XIX y XX.

⁴⁶ FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura en la época clásica I*. Trad. Juan José Utrilla. Fondo de Cultura Económica, Colombia, 1998. p. 13.

⁴⁷ FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura en la época clásica I*. p. 26.

transformación de la vida humana”⁴⁸. La *biopolítica* sería, entonces, el intento del poder por controlar la salud, la sexualidad, la higiene, la natalidad, la muerte porque conforman temas políticos fundamentales desde el siglo XVIII en adelante. En este sentido, el DSM-V se inscribe en esta misma estrategia biopolítica porque al funcionar como un sistema de clasificación de los sujetos, en su operatividad, se instala para la gestión de las poblaciones en sustitución del antiguo proyecto clínico de descripción de las enfermedades del cuerpo social. Por lo mismo, el campo de la psicopatología es fundamental como medio dominante para el dispositivo biopolítico. La psiquiatría se transforma entonces en una táctica biopolítica de defensa de la sociedad que tiene como objetivo principal anticipar y administrar las múltiples formas de comportamiento, que tarde o temprano pueden llegar a representar un riesgo para el orden social. Así, el saber psiquiátrico construye nuevas categorías diagnósticas que “fabrican” un individuo dueño de un “estado anormal” que debe ser clasificado y medicado en pro de la mantención del orden social y de la productividad económica, pues “el primer criterio para determinar la locura en un individuo consiste en mostrar que es un hombre inepto para el trabajo”⁴⁹. Por esta razón, solo los cuerpos normales, disciplinados, y adiestrados pueden regular sus fuerzas para garantizar el funcionamiento del mercado y la productividad del capitalismo occidental.

Como resultado de lo anterior, tenemos una sociedad moderna fuertemente psiquiatrizada en la que hay poco espacio para manifestar la diferencia y expresar el sufrimiento ya que cualquier conducta considerada como socialmente indeseable se medicaliza respaldada en las clasificaciones psiquiátricas del DSM-V. De esta manera, se crean protocolos de evaluación cada vez más sofisticados en los que las personas son evaluadas, clasificadas, y diagnosticadas por manuales como el DSM-V que son diseñados por la industria del psicofármaco. Sumado a esto, el difuso límite entre lo normal y lo patológico en los criterios diagnósticos del DSM-V ha consolidado el espacio de saber e intervención del poder psiquiátrico como dispositivo de seguridad de defensa de la sociedad. Como bien afirma Caponi, hay que pensar el DSM-V como una estrategia biopolítica, es decir, como una estrategia para la gestión y el gobierno de las poblaciones propias de las sociedades liberales y

⁴⁸ FOUCAULT, Michel. *Historia de la sexualidad/ Vol.1 La voluntad de saber*. Trad. Ulises Guiñazú. Siglo XXI Editores, México, 2007, p.173.

⁴⁹ FOUCAULT, Michel. «La folie et la société». In *Dits et écrits*, Gallimard, París, 2001, p. 998.

neoliberales que se articulan en torno a la obsesión de anticipar y prevenir todos los riesgos posibles.⁵⁰ Algo que también podríamos extrapolar a otros manuales de clasificación como el CIE-10 que opera desde la misma lógica biopolítica. Ahora bien, en el momento en que las distintas patologías psiquiátricas comenzaron a ser clasificadas en estos manuales teniendo como referencia nuevas agrupaciones de síntomas y cuadros nosológicos. Los sufrimientos psíquicos y las narrativas de los pacientes empezaron a quedar en un segundo plano en el diagnóstico psiquiátrico. La nosografía psiquiátrica le proporcionará al psiquiatra una herramienta práctica para efectuar el diagnóstico formal y así clasificar los sufrimientos psíquicos de los pacientes. De esta manera, los sufrimientos psíquicos de los pacientes son reducidos a la estandarización de los criterios diagnósticos y despojados de su sentido vivencial y personal al interior de la clasificación. En el orden de lo práctico, la utilización del DSM-V en el campo de la salud mental y en la práctica psiquiátrica ha facilitado que el psiquiatra proyecte la teoría médico-psiquiátrica en la que respalda su diagnóstico, para aplicarla a la totalidad del fenómeno psicopatológico. Así, por ejemplo, cuando el psiquiatra aborda el fenómeno esquizofrénico lo hace solo a partir de los síntomas visibles descartando otros aspectos constitutivos (como la subjetividad del paciente) y propios del fenómeno en cuestión.⁵¹ Por consiguiente, el mundo significativo del paciente es limitado a un conjunto de categorías diagnósticas que desconocen su individualidad y el sentido de su sufrimiento en su historia de vida. Precisamente, en el momento en que los sufrimientos dejan de formar parte de la historia de vida de los pacientes y empiezan a ser entendidos en términos de un déficit de serotonina o de noradrenalina, ingresan al dominio de especialistas que definen sus trastornos con diagnósticos específicos y que limitan sus posibles tratamientos a la terapia farmacológica. Lo anterior significa para Caponi pensar que nuestros sufrimientos psíquicos pueden ser tratados de forma homóloga a una úlcera o una infección, lo que implica desconocer que nuestros sufrimientos se transforman a lo largo de nuestra vida y que están inscritos en una historia de vida.⁵²

⁵⁰ CAPONI, Sandra. «O DSM-V como dispositivo de segurança», p. 751.

⁵¹ Las investigaciones del psiquiatra chileno Otto Dörr (en especial sus trabajos sobre la esquizofrenia) han demostrado la productividad del método fenomenológico para la terapéutica y el diagnóstico psiquiátrico. DÖRR, Otto. «El papel de la fenomenología en la terapéutica psiquiátrica con especial referencia a la esquizofrenia». En *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, N°4, Vol. 40, Santiago, 2002, p. 298.

⁵² CAPONI, Sandra. «La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades» En *Metatheoria-Revista de Filosofía e Historia de la Ciencia*, N° 2, Argentina, 2018, p. 99.

Por el contrario, los manuales de clasificación de los trastornos mentales que tienen a la base un claro determinismo biológico, convierten los sufrimientos y las historias de vida de los pacientes en potenciales marcadores biológicos susceptibles de ser cuantificados y medidos patológicamente.⁵³ Esto se explica en gran medida por el discurso biomédico que desde el siglo XX en adelante, está centrado en establecer una comprensión de la salud (incluida la salud mental) en términos objetivos, cuantificables, y universales.⁵⁴

En este escenario, los trastornos mentales pasan a considerarse entidades específicas que pueden agruparse en criterios estadísticos, que son válidos para toda la especie humana. No obstante, si tenemos en cuenta lo que señala Canguilhem “lo normal, no tiene la rigidez de un determinante que vale para toda la especie, sino la flexibilidad de una norma que se transforma en relación con las condiciones individuales, entonces es claro que el límite entre el normal y el patológico es impreciso”⁵⁵. Para Canguilhem sería imposible determinar si un síntoma es normal o patológico desconociendo la subjetividad del paciente y su contexto de vida personal. Precisamente, para Canguilhem no se puede normar a priori como lo hace el DSM-V fijando criterios porque lo normal está intrínsecamente ligado a las condiciones del sujeto en particular y a la relación que mantiene con un medio ambiente dado. Al contrario, los criterios diagnósticos del DSM-V no distinguen entre la generalidad estadística de la especie humana y el sujeto considerado de forma individual. El DSM-V anula lo que Canguilhem denomina *la polaridad organismo-medio* porque aquí los sujetos son interpretados como seres que no poseen relaciones afectivas, labores y familiares. En efecto, los criterios diagnósticos del DSM-V describen conductas genéricas y que desconocen factores religiosos, económicos, socioculturales, etc. Por esto, los criterios del DSM-V no pueden ser válidos para toda la especie humana porque como explica Canguilhem “la frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa para los múltiples individuos considerados simultáneamente pero es perfectamente precisa para un solo e idéntico individuo considerado sucesivamente”⁵⁶. El sujeto es entonces quien bajo sus condiciones individuales experimenta un determinado estado como normal o

⁵³ CAPONI, Sandra. *Locos y degenerados. Una genealogía de la psiquiatría ampliada*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2015, p. 160.

⁵⁴ AURENQUE, Diana. *Die medizinische Moralkritik Friedrich Nietzsches: Genese, Bedeutung und Wirkung*. Springer-Verlag, 2018, p. 37.

⁵⁵ CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*, p. 145.

⁵⁶ CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*, p. 138.

patológico. Contrario a esto, el DSM-V establece conceptos generales y regularidades estadísticas para el diagnóstico de los distintos trastornos mentales e ignora otras variables relevantes como la subjetividad del paciente o su contexto sociocultural. Pero lo que resulta aún más grave es que los criterios del DSM-V como revela Caponi, son definidos por votación después de extensas negociaciones y discusiones de los miembros de la A.P.A.⁵⁷ Por tanto, la estandarización y la homogeneización diagnóstica del DMS-V es imprecisa para establecer un cuadro propiamente patológico porque desconoce al sujeto individual y al contexto del que forma parte. Por esto, Canguilhem centra su atención en el *pathos* del sujeto y en sus condiciones individuales en relación con el medio ambiente en el que se desarrolla y reproduce. La definición de la salud entonces tampoco puede ser a partir del promedio estadístico de la especie porque la salud para Canguilhem integra otras variables vivenciales y existenciales de tipo singular. En este sentido, es importante analizar ahora los conceptos de salud y enfermedad en Canguilhem para ver cómo sus aportes podrían subsanar el desplazamiento de las variables subjetivas en el DSM-V.

5. Salud y enfermedad en el pensamiento de Canguilhem

La tematización de la salud y la enfermedad como cuestión filosófica parece ser un tema frecuente en la época clásica, y en el siglo de las Luces.⁵⁸ De este asunto se han ocupado pensadores tales como: Diderot, Leibniz, Descartes, Kant, Nietzsche, etc. Sin embargo, es Canguilhem como historiador y filósofo de las ciencias de la vida quien dedica especial interés en esclarecer lo que significa la definición de la salud y la enfermedad. Canguilhem renunciará a explicar la salud como un concepto científico y objetivo ya que la salud es para él un concepto vulgar, es decir, común y al alcance de todos para reflexionar. La salud para Canguilhem consiste en una noción prerreflexiva, no enunciada, y precientífica que funciona de forma tácita en nuestra experiencia inmediata. Para iniciar su análisis Canguilhem toma como referencia la sentencia Kantiana que señala que no tenemos conciencia de la salud porque la salud es mera conciencia de vivir.⁵⁹ Lo que Kant argumenta, a juicio de Canguilhem, es que constantemente afirmamos que nos sentimos bien, sin saberlo

⁵⁷ CAPONI, Sandra. «La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades», p. 99.

⁵⁸ CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la Medicina*, p. 50.

⁵⁹ CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*, p. 190.

efectivamente, solo en apariencia satisfechos por la ausencia de sensación de enfermedad. Pero al sentirnos sanos o enfermos y lograr diferenciar entre ambos estados se evidencia que poseemos un saber inmediato o vivencial acerca de la salud y la enfermedad. Este saber vulgar o común es el que expresa una de las máximas citadas por Canguilhem, atribuidas al cirujano Leriche, que señala que “la salud es la vida en el silencio de los órganos”.⁶⁰ En la salud el cuerpo no se encuentra obligado a sentirse a sí mismo porque estoy volcado constantemente en mis ocupaciones prácticas, atento al mundo, e interactuando con otros sin tener que escuchar mi cuerpo. En los momentos difíciles en los que nuestro cuerpo irrumpe en nuestra rutina y rompe su silencio, nos vemos obligados a oír y atender su llamado. No solo los órganos reclaman nuestra atención, sino que también nosotros exigimos la atención de los otros y eventualmente acudimos al médico. Lo que Canguilhem busca con esto es explícitamente un retorno a una experiencia del cuerpo tal como es vivido, donde Canguilhem reclama al mismo tiempo un “retorno a la salud fundadora”⁶¹. El cuerpo vive su salud sin representación y esta salud que Canguilhem también denomina como salud libre, no contabilizada, y salvaje no es susceptible de representación alguna.

Para Canguilhem la salud no puede ser equiparada al buen funcionamiento de las partes del cuerpo. La salud, en el fondo, se nos presenta como un *bien del cuerpo* que al poseerlo nos olvidamos de reflexionar acerca de ello. Canguilhem precisa que “la salud, verdad del cuerpo, no puede ser explicada con teoremas. No hay salud de un mecanismo”⁶². Canguilhem utiliza como ejemplo la metáfora del reloj de Descartes para explicar que en el funcionamiento de una máquina, el ajuste no corresponde al estado de salud y el desajuste al estado de enfermedad. En otras palabras, el cuerpo humano como organismo viviente no puede ser homologado a una máquina, cuyo resultado de las regulaciones fisiológicas automáticas no puede ser asimilado al estado de salud. La salud como *verdad del cuerpo* es lo que aparece tal como es, lo manifiesto, y lo que se me presenta como irrefutable y constitutivo de mi propia experiencia. Ahora bien, pensar la salud como *verdad del cuerpo* no tiene que ver con una verdad lógica o lingüística sino que con una verdad ontológica del cuerpo. El cuerpo propio (*le corps propre*) como dice Merleau-Ponty “inaccesible a los otros,

⁶⁰ CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la Medicina*, p. 49.

⁶¹ CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la Medicina*, p. 66.

⁶² CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la Medicina*, p. 56.

accesible sólo a su titular⁶³ tiene la particularidad de ser siempre *mi cuerpo*, este cuerpo dado, y producido donde “la salud se manifiesta de forma silenciosa y solo a través del dolor se hace presente la enfermedad”⁶⁴. La enfermedad entonces tiene su primer referente en el sujeto que padece y que tiene un acceso privilegiado a lo que su cuerpo le expresa y no en la actividad médica de un tercero. En este sentido, para Canguilhem es importante rehabilitar la noción de *cuerpo subjetivo* para posicionar otras variables como el padecimiento (*pathos*) y la subjetividad del paciente como aspectos constitutivos de la salud y la enfermedad.⁶⁵ Para Canguilhem “cuando el médico sustituye la queja del enfermo y su representación subjetiva de las causas de su mal por lo que la racionalidad fuerza a reconocer como verdad de su enfermedad, no reduce pese a ello la subjetividad del paciente”⁶⁶. El médico en ocasiones no logra despojar a sus pacientes de la convicción de estar enfermos (sobre todo cuando se trata de trastornos mentales) y, por lo mismo, este llamado merece ser escuchado y ser atendido con toda legitimidad por el profesional. La conciencia que los pacientes tienen de su situación no debe ser ignorada por la racionalidad del juicio médico, pues como dice Canguilhem, es imposible anular en la objetividad del saber médico la subjetividad de la experiencia vivida del enfermo.⁶⁷ La subjetividad del paciente que experimenta su estado de enfermedad no puede ser aprehendida del todo por el juicio médico o por las categorías científicas del DSM-V, pues siempre hay un elemento intraducible de este acceso en primera persona a la vivencia de la enfermedad y que se manifiesta como una *verdad del cuerpo*.

La salud *verdad del cuerpo* equivale a la concepción de Canguilhem de la auto-regulación y la auto-organización propia de cada ser vivo que le permiten

⁶³ CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la Medicina*, p. 64.

⁶⁴ CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la Medicina*, p. 64.

⁶⁵ Lennart Nordenfelt en su *Teoría Holística de la Salud* (Holistic Theory of Health, HTH) sostiene que para determinar el estado de salud de una persona no es suficiente solo la descripción de datos estadísticos o cuantitativos sino que se requiere de una evaluación general del estado de salud de la persona. Para Nordenfelt, así como para la mayoría de los teóricos de la salud que defienden una posición *normativista*, el diagnóstico médico de la salud y la enfermedad no consiste en la mera descripción de datos empíricos ya que involucra siempre con ello una serie de valoraciones subjetivas, culturales, y/o éticas. NORDENFELT, Lennart. «The Concepts of Health and Illness Revisited». En *Medicine, Health Care and Philosophy*, N° 10, Vol.1, 2007, pp. 5-7.

⁶⁶ CANGUILHEM, Georges. *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Amorrortu, Buenos Aires, 2009, p. 434.

⁶⁷ CANGUILHEM, Georges. *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*, p. 435.

relacionarse de forma adecuada con un medio ambiente dado. Para Canguilhem la configuración de todo ser vivo es en sí misma normativa, y responde a una normatividad particular. Todo ser vivo tiene una organización, un comportamiento, y un repertorio de actividades propias que establecen valoraciones en un medio ambiente como condición del proceso de supervivencia y de reproducción. La vida, según Canguilhem, es en sí misma una actividad normativa ya que siempre está prefiriendo o rechazando cosas. Para Canguilhem hablar de normatividad biológica es posible en tanto “vivir es, incluso en una ameba, preferir y excluir. Un tubo digestivo, unos órganos sexuales, son normas del comportamiento de un organismo”⁶⁸. La buena salud se relaciona entonces con la capacidad de ser normativo, esto es, de enfrentar situaciones nuevas, y tener un margen de tolerancia o de seguridad para superar las dificultades que nos impone el medio ambiente. El hombre saludable es aquel que tiene la capacidad de valorar, excluir, preferir e instituir nuevas normas de acuerdo a su desarrollo y a su bienestar vital. En contraste, la mala salud es interpretada ahora por Canguilhem como “la restricción de los márgenes de seguridad orgánica, la limitación en el poder de tolerancia y compensación de las agresiones del entorno”⁶⁹. El cuerpo enfermo, está enfermo en el sentido de que solo puede admitir una norma, es decir, ha perdido la capacidad de ser normativo y establecer normas diferentes en condiciones diferentes.

Si para Canguilhem la salud es principalmente la vida en el silencio de los órganos no hay, en consecuencia, una ciencia de la salud.⁷⁰ En este sentido, la salud se vuelve un objeto ajeno al campo del saber médico porque escapa a todo cálculo y es el paciente el encargado de orientar la praxis médica narrando lo que le sobreviene en su estado de enfermedad. Para Canguilhem un buen médico es aquel que “acepta corrientemente de mí que lo instruya sobre lo que sólo yo estoy habilitado para decirle, a saber: lo que mi cuerpo me anuncia a mí mismo a través de síntomas cuyo sentido no me resulta claro”⁷¹. El médico piensa Canguilhem tiene una función esencialmente de exégeta o de intérprete porque ayuda al paciente a encontrarle un sentido a los síntomas que presenta y que no son del todo claros. Además, Canguilhem considera que la presencia y compañía del médico sigue siendo el remedio principal para los enfermos, cuya enfermedad está acompañada en la

⁶⁸ CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*, p. 100.

⁶⁹ CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la Medicina*, p. 60.

⁷⁰ CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la medicina*, p. 71.

⁷¹ CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la Medicina*, p. 62.

mayoría de los casos de mucha angustia.⁷² Por esto, el actuar del médico está sustentado en dos aspectos fundamentalmente: por un lado el conocimiento científico y la capacidad técnica, y por otro lado en la ética de la humanidad.⁷³ Para Canguilhem la praxis médica no solo se caracteriza por el conocimiento científico y técnico, sino que también por un *ethos* humanitario. El médico debe reconocer la dignidad de cada ser humano como un valor insustituible, y la autonomía que posee cada paciente para decidir acerca de su tratamiento.

Ahora bien, si trasladamos las reflexiones de Canguilhem de la salud y la enfermedad al ámbito de la psiquiatría parece ser que la salud como *verdad del cuerpo* no encuentra un correlato real en los criterios estadísticos del DSM-V. La clasificación de los trastornos mentales en el DSM-V ha condicionado que el psiquiatra no se implique en demasía con los pacientes y sus familias, pues los síntomas se analizan en términos de categorías objetivas susceptibles de ser estudiadas independiente de todo contenido subjetivo. El síntoma en estas clasificaciones se transforma en un dato meramente estadístico que pierde su sentido personal y único, al estar separado de la biografía de vida del paciente. Como bien sostiene Rovalletti, los síntomas establecidos en los criterios diagnósticos del DSM-V borran el límite entre la individualidad del sujeto y la masa amorfa de las clasificaciones.⁷⁴ La subjetividad del paciente y su manera singular de experimentar los síntomas se transforman en un factor desagradable y peligroso para las construcciones teóricas y estadísticas del DSM-V. La comprensión de los sufrimientos psíquicos es reemplazada por la creciente inclinación que tiene la psiquiatría por medir, cuantificar, y localizar lesiones en el cerebro.⁷⁵ El *cuerpo subjetivo* es reemplazado por criterios científicos y mediciones médicas, que anulan la individualidad del paciente y su forma particular de vivenciar los síntomas. La subjetividad como variable determinante para el diagnóstico psiquiátrico deja de ser imprescindible al no ser objetivable. No obstante, para Canguilhem en el estado de enfermedad “el individuo es el juez de

⁷² CANGUILHEM, Georges. *Ideología y Racionalidad en la historia de las ciencias de la vida: nuevos estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Amorrortu, Buenos Aires, 2005, p. 74.

⁷³ JASPERS, Karl. *La práctica médica en la era tecnológica*. Gedisa, Barcelona, 2003, p. 10.

⁷⁴ ROVALETTI, María Lucrecia. «La significación de la fenomenología en psiquiatría». En *Revista de Filosofía*, Santiago, 2001, p. 133.

⁷⁵ CAPONI, Sandra. «Georges Canguilhem: del cuerpo subjetivo a la localización cerebral». En *Revista Salud colectiva*, N° 2, Vol. 6, Buenos Aires, 2010, p. 150.

esta transformación porque es él quien la padece, en el preciso momento en que se siente inferior a las tareas que la nueva situación le propone⁷⁶. El individuo es quien debe evaluar su estado como normal o patológico al momento de sentirse inferior ante las demandas del medio ambiente. Por esta razón, lo patológico no puede ser establecido de ante mano por los criterios del DSM-V y sin considerar la subjetividad del paciente.

El uso masivo del DSM-V en la comunidad psiquiátrica provocó que el sufrimiento psíquico se transformara en un dato estadístico más que contabilizar. El profundo sentido existencial del sufrimiento quedó oscurecido por una representación de la enfermedad desarraigada de cualquier rasgo subjetivo mediado por los conocimientos científicos y técnicos.⁷⁷ De esta forma, el sufrimiento psíquico es reducido en el peor de los casos a una disfunción orgánica y/o cerebral posible ser medida y localizada.⁷⁸ Sin embargo, la salud como *verdad de mi cuerpo* su constitución misma o autenticidad de existencia no es una idea susceptible de representación.⁷⁹ Entre el sujeto y lo que su cuerpo le anuncia como verdadero no existe un intermediario que no sea su propia conciencia de estar experimentándose como enfermo. Por esta razón, para Canguilhem la subjetividad se posiciona como una variable indispensable para acceder al fenómeno psicopatológico y a sus contenidos. La subjetividad, en el fondo, se presenta como un horizonte o límite

⁷⁶ CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*, p. 138.

⁷⁷ Esta situación Nietzsche la enuncia con claridad cuando afirma: "Ich zweifle, ob ein solcher Schmerz "verbessert"; aber ich weiss, dass er uns vertieft" (Yo dudo si tal dolor nos optimiza, pero sé que nos profundiza). Lo que significa que mientras la enfermedad no se viva solo en tanto dolor positivo y empírico, es posible encontrar en ella un profundo sentido de crisis existencial. NIETZSCHE, Friedrich. *Die fröhliche Wissenschaft. Kritische Studienausgabe* (KSA). DTV/W. de Gruyter, München/Berlín, tomo 3, ed. G. Colli y M. Montinari, 2000, p. 350. Traducción propia.

⁷⁸ En el artículo de Nikolas Rose se documenta la triple crisis (diagnóstico, explicación, y tratamiento) en la que se encuentra la psiquiatría actual en relación con la neurociencia donde el cerebro es utilizado como el mejor lugar para las explicaciones de los trastornos mentales. Sin embargo, el riesgo de estos enfoques reduccionistas como argumenta Rose, es bastante grande, al priorizar los análisis en los mecanismos cerebrales a expensas de la comprensión del organismo vivo como totalidad incluyendo su entorno y los procesos en que la experiencia social dan forma a la neurobiología desde el momento de la concepción. ROSE, Nikolas. «Neuroscience and the future for mental health? ». *En Epidemiology and Psychiatric Sciences*, N° 2, Vol. 25, 2016, pp. 97-99.

⁷⁹ CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la Medicina*, p. 62.

inaprehensible que es *condición de posibilidad* de los trastornos mentales y que no se deja cosificar en los criterios científicos del DSM-V. Por lo tanto, la interpretación de Canguilhem de la salud como *verdad del cuerpo* no es sino reconocer que existen otras variables vivenciales y existenciales de tipo singular como la subjetividad del paciente o lo que él llama *cuerpo subjetivo* que no pueden ser representadas y medidas en las clasificaciones del DSM-V pero que son necesarias para el diagnóstico psiquiátrico.

6. Conclusiones

A modo de conclusión, quisiera volver brevemente en dos aspectos que se desprenden de la discusión anterior y que son relevantes tanto para la praxis psiquiátrica como para la reflexión propiamente filosófica.

1) El primer aspecto a considerar se desprende del análisis de la evolución histórica que ha tenido el DSM-V y de sus diferentes ediciones a lo largo del tiempo. Con anterioridad, fue explicado que el DSM-V es un manual que constantemente está siendo revisado y actualizado lo que ha llevado a la inclusión de nuevos trastornos mentales en su última edición. De esto se desprende, que la delimitación de lo normal y patológico en el DSM-V está variando constantemente porque siempre está sujeta a modificaciones. En virtud de dicha variabilidad, el límite que establece la psiquiatría para definir lo normal y lo patológico es totalmente arbitrario porque como bien afirma Caponi responde a un consenso entre los psiquiatras de la A.P.A. Sin embargo, si volvemos sobre los planteamientos de Canguilhem el límite entre lo normal y lo patológico es impreciso cuando se intenta definir a partir de lo que se encuentra en la mayoría de la especie. Para Canguilhem el propio organismo es el responsable de determinar si un estado es experimentado como patológico en relación con el *pathos* o sufrimiento individual que le produce, y también en relación con un medio ambiente específico. Si un estado X, por ejemplo, reduce la capacidad individual del organismo para establecer relaciones nuevas con el medio ambiente y responder a sus demandas, solo ahí, se puede considerar que es un estado propiamente patológico. Por el contrario, los criterios diagnósticos del DSM-V establecen lo que se considera patológico a partir del desvío de la normalidad estadística y sin considerar al sujeto en su contexto sociocultural. Además, los síntomas que son experimentados por los pacientes pierden su significado vivencial en tanto son formas singulares de manifestar su sufrimiento al interior de la generalidad de las clasificaciones del DSM-V. Los síntomas adquieren su significado

en cuanto pertenecen a una historia de vida de un sujeto que sufre. De ahí que para Canguilhem el médico sea pensado como un exégeta o interprete antes de ser un reparador que hace retornar el equilibrio perdido en el cuerpo. El médico es un intérprete que constantemente está haciendo un trabajo hermenéutico con los síntomas del paciente que en apariencia no tienen un significado claro para él. Para Canguilhem el médico es por excelencia quien debe lidiar con los sufrimientos de los pacientes. En este sentido, el médico tiene la labor de ayudar a sus pacientes a buscar un sentido a los síntomas que su cuerpo le anuncia como una verdad irrefutable ya no desde criterios estadísticos y científicos como los del DSM-V, sino que por medio de la *escucha activa* del paciente.⁸⁰ Aplicar el modelo explicativo de la medicina general a la psiquiatría como si los trastornos mentales fueran entidades naturales, significa ignorar que nuestros sufrimientos psíquicos se transforman a lo largo de nuestras vidas y que esta transformación no acontece independiente de la forma en que somos escuchados o de las intervenciones terapéuticas que nos proponen.⁸¹ Si bien es cierto que la mayoría de los síntomas de los pacientes no son reducibles a los criterios epistemológicos del DSM-V no, por esto, se puede ignorar que hay algunos síntomas que sí pueden serlo. Por tanto, uno de los grandes desafíos de la psiquiatría actual es hacer compatibilizar ambos aspectos en el diagnóstico psiquiátrico al integrar la subjetividad del paciente como un fondo no objetivable y que posibilita la aparición de los trastornos mentales, y la búsqueda de criterios generales que permitan clasificar los distintos trastornos mentales.

2) El segundo aspecto a evaluar se desprende de la consideración del DSM-V como una estrategia fundamentalmente biopolítica. No podríamos encontrar un mejor ejemplo que el actual DSM-V para ilustrar como opera esta biopolítica de los comportamientos cotidianos y la administración de los sufrimientos psíquicos. Desde que se consolida la conciencia moderna la práctica médica como discurso de saber y de poder se instala en el espacio social funcionando por medio de dispositivos que otorgan a la distinción normal/patológico el poder de delimitar lo

⁸⁰ La escucha activa es un concepto acuñado por Carl Rogers para referirse a un tipo de escucha empática y sensible que implica dejar a un lado nuestros prejuicios para escuchar activamente al paciente y aceptar incondicionalmente lo que nos manifiesta, promoviendo de esta manera un ambiente propicio para expresar un diálogo sincero y productivo centrado en la persona que habla.

⁸¹ CAPONI, Sandra. «La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades», p. 99.

desviado, lo irregular, lo ilícito y también lo criminal.⁸² En este contexto, el saber psiquiátrico establece categorías e instrumentos que describen los marcos de intervención médica respecto del control de un grupo significativamente amplio de comportamientos considerados como transgresores o desviados. La nueva psiquiatría ya no tiene solo la pretensión de curar los trastornos mentales ya que ahora tiene también la función de proteger la sociedad contra los peligros que representan las personas que se encuentran en un estado “anormal”. Esta nueva configuración epistemológica de la psiquiatría moderna le permite no solo referirse a los trastornos mentales sino también a los comportamientos diarios más variados, suceso que Foucault denominó como *la medicina de lo no patológico*.⁸³ El aumento significativo de discursos con respecto a los trastornos mentales de la infancia y los dispositivos que sobre ella se articulan es una muestra de cómo la biopolítica opera sobre los comportamientos cotidianos. Como bien explica Foucault, lo que caracteriza a esta nueva psiquiatría es el poder médico sobre lo no patológico.⁸⁴ La facultad de defensa social generalizada y de orden de la medicina psiquiátrica se corresponde con esta función de clasificar y prevenir las conductas que se alejan de la norma construyendo nuevas estrategias biopolíticas que buscan la normalización de los cuerpos individuales y sociales. Además de la construcción de un cierto tipo de subjetividad y de normatividad.

La medicina psiquiátrica produce nuevas estrategias de control sobre los comportamientos humanos estableciendo formas de intervención que combinan estructuras de conocimiento comprendidas como verdaderas y relaciones de poder que “fabrican” al sujeto en virtud de los requerimientos del Estado moderno y sus instituciones. De este modo, se crea una alianza inseparable entre un discurso de la verdad a partir de la clasificación de diagnósticos cuyos límites se expanden cada vez más, y una estrategia de poder que funciona bajo la lógica del dispositivo de seguridad.⁸⁵ En este sentido, se puede afirmar que el saber psiquiátrico amplía su ámbito de intervención en la medida en que más sufrimientos psíquicos y más

⁸² FOUCAULT, Michel. *La vida de los hombres infames*. Trad. Julia Varela y Fernando Alvarez-Uría. Editorial Altamira, La Plata, Argentina, 1996, p. 7.

⁸³ FOUCAULT, Michel. *Los anormales. Curso en el Collège France (1974-1975)*. Trad. Horacio Pons. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2007, p. 286.

⁸⁴ FOUCAULT, Michel. *Los anormales. Curso en el Collège France (1974-1975)*, p. 286.

⁸⁵ CAPONI, Sandra. «Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos». En *Revista internacional interdisciplinar INTERthesis*, N° 2, Vol. 9, Florianópolis, Brasil, 2012, p. 119.

comportamientos se transforman en objeto de medicalización legitimando la intervención de prácticas profesionales, y nuevas formas institucionales necesarias para el abordaje de los trastornos mentales. El DSM-V como manual que establece criterios, clasificaciones y diagnósticos de los trastornos mentales evidencia la clara preocupación que hay por anticipar y prevenir riesgos dado que medicaliza aspectos propios de la condición humana a partir de la distinción normal/patológico, convirtiéndose en una estrategia de poder y en un dispositivo biopolítico. Lo que finalmente conlleva a una creciente psiquiatrización de la vida cotidiana tachando cualquier individualidad como patológica y medicalizando los sufrimientos psíquicos en desmedro de las narrativas de los pacientes y de sus historias de vida. Para favorecer, de este modo, la intervención farmacológica y las explicaciones biológicas en términos de déficits o alteraciones de neurotransmisores. Algo que además no podemos dejar de pensar fuera de la lógica del sistema económico neoliberal que busca asegurar la rápida reincorporación de los trabajadores a sus puestos de trabajo, ejerciendo el control y el adiestramiento de sus cuerpos para así mantener el buen funcionamiento del mercado.

LAGOS BERRÍOS, Rodrigo.

«Clasificar en psiquiatría y el DSM-V: algunas reflexiones con y más allá de Georges Canguilhem».

HYBRIS. Revista de Filosofía, Vol. 11 N° 2. ISSN 0718-8382, Noviembre 2020, pp. 13-44

Referencias

A.P.A., American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial médica panamericana, Madrid, 2014.

AURENQUE, Diana. *Die medizinische Moralkritik Friedrich Nietzsches: Genese, Bedeutung und Wirkung*. Springer-Verlag, 2018.

BINSWANGER, Ludwig. *Artículos y conferencias escogidas*. Gredos, Madrid, 1973.

BLUMENTHAL-BARBY, Jennifer. «Psychiatry's new manual (DSM-5): ethical and conceptual dimensions». En *Journal of medical ethics*, N° 8, Vol. 40, 2013.

BORGES, Jorge Luis. *Otras inquisiciones*. Emecé editorial, Buenos Aires, 1960.

CANGUILHEM, Georges. *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI, Buenos Aires, 1971.

CANGUILHEM, Georges. «¿Qué es la psicología?». En *Revista colombiana de psicología*, N° 7, Vol. 1, Bogotá, 1998.

CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la medicina*. Amorrortu, Buenos Aires, 2004.

CANGUILHEM, Georges. *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida: nuevos estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Amorrortu, 1 ed. Buenos Aires, 2005.

CANGUILHEM, Georges. *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Amorrortu, Buenos Aires, 2009.

CAMACHO, Javier. «Los diagnósticos y el DSM-IV». 2006.

CAPONI, Sandra. «Georges Canguilhem: del cuerpo subjetivo a la localización cerebral». En *Revista Salud colectiva*, N° 2, Vol. 6, Buenos Aires, 2010.

CAPONI, Sandra. «Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos». En *Revista internacional interdisciplinar INTERthesis*, N° 2, Vol. 9, Florianópolis, Brasil, 2012.

CAPONI, Sandra. «O DSM-V como dispositivo de segurança». En *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, N°3, Vol. 24, Rio de Janeiro, 2014.

CAPONI, Sandra. *Locos y degenerados. Una genealogía de la psiquiatría ampliada*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2015.

CAPONI, Sandra. «La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades». En *Metatheoria-Revista de Filosofía e Historia de la Ciencia*, N°2, Vol. 8, Argentina, 2018.

LAGOS BERRÍOS, Rodrigo.

«Clasificar en psiquiatría y el DSM-V: algunas reflexiones con y más allá de Georges Canguilhem».

HYBRIS. Revista de Filosofía, Vol. 11 N° 2. ISSN 0718-8382, Noviembre 2020, pp. 13-44

COSGROVE, Lisa; AKANSHA, Vaswani. «The Influence of Pharmaceutical Companies and Restoring Integrity to Psychiatric Research and Practice». En *Critical Psychiatry*, Springer, Cham, 2019.

CONRAD, Peter. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2008.

DÖRR, Otto. «El papel de la fenomenología en la terapéutica psiquiátrica con especial referencia a la esquizofrenia». En *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, N°4, Vol. 40, Santiago, 2002.

DEL BARRIO, Victoria. «Raíces y evolución del DSM». En *Revista de Historia de la Psicología*, N° 2-3, Vol. 30, Valencia, 2009.

ECHEBURUA, Enrique; SALABERRÍA, Karmele; CRUZ-SÁEZ, Marisol. «Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica». En *Terapia psicológica*, N°1, Vol. 32, Santiago, 2014.

FOUCAULT, Michel. *Tecnologías del yo*. Paidós, Barcelona, 1966.

FOUCAULT, Michel. *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Trad. Elsa Cecilia Frost. Siglo XXI Editores, Argentina, 1968.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica del poder*. Ediciones la Piqueta, Madrid, 1979.

FOUCAULT, Michel. *La vida de los hombres infames*. Trad. Julia Varela y Fernando Alvarez-Uría. Editorial Altamira, La Plata, Argentina, 1996.

FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura en la época clásica I*. Trad. Juan José Utrilla. Fondo de Cultura Económica, Colombia, 1998.

FOUCAULT, Michel. «La folie et la société». In *Dits et écrits*, Gallimard, París, 2001.

FOUCAULT, Michel. *Historia de la sexualidad/Vol.1 La voluntad de saber*. Trad. Ulises Guiñazú. Siglo XXI Editores, México, 2007.

FOUCAULT, Michel. *Los anormales. Curso en el Collège France (1974-1975)*. Trad. Horacio Pons. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2007.

FOUCAULT, Michel. «La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina». En *Revista Cubana de Salud Pública*, N°1, Vol. 44, 2018

JASPERS, Karl. *La práctica médica en la era tecnológica*. Gedisa, Barcelona, 2003.

JEREZ, Sonia; SILVA, Hernán. «DSM-5. Análisis y controversias». En *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, N°1, Vol. 52, Santiago, 2014.

LAGOS BERRIOS, Rodrigo.

«Clasificar en psiquiatría y el DSM-V: algunas reflexiones con y más allá de Georges Canguilhem».

HYBRIS. Revista de Filosofía, Vol. 11 N° 2. ISSN 0718-8382, Noviembre 2020, pp. 13-44

NIETZSCHE, Friedrich. *Die fröhliche Wissenschaft. Kritische Studienausgabe (KSA)*. DTV/W. de Gruyter, München/Berlín, tomo 3, ed. G. Colli y M. Montinari, 2000.

NIETZSCHE, Friedrich. *La voluntad de poder*. Trad. Aníbal Froufe. Editorial EDAF, Madrid, 2000.

NORDENFELT, Lennart. «The Concepts of Health and Illness Revisited». En *Medicine, Health Care and Philosophy*, N°10, Vol.1, 2007.

PANIKKAR, Raimon. *La religión, el mundo y el cuerpo*. Herder, Barcelona, 2014.

ROSE, Nikolas. «Neuroscience and the future for mental health? ». En *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, N°2, Vol. 25, 2016.

ROVALETTI, María Lucrecia. «La significación de la fenomenología en psiquiatría». En *Revista de Filosofía*, Vol. 57, Santiago, 2001.

RABINOW, Paul. *Antropología da Razão*. Trad. de João Guilherme Biehl. Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1999.

SANDÍN, Bonifacio. «DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?». En *Revista de psicopatología y psicología clínica*, N°3, Vol.18, Madrid, 2013.

SALINAS, Pablo; FULLERTON, Claudio; RETAMAL, Pedro. «Trastornos del ánimo y el DSM-5». En *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. N°1, Vol. 52, Santiago, 2014.

TORRANO, María Andrea. «Canguilhem y Foucault. De la norma biológica a la norma política». En *Revista estudios de epistemología*. N°6, Vol. 10, Universidad Nacional de Tucumán, 2013.