

## ENSAYO

# EL CONCEPTO DE DESORDEN MENTAL: UNA PROPUESTA<sup>1, 2</sup>

(Rev GPU 2010; 6; 2: 153-165)

Alfredo Gaete<sup>3</sup>

Durante los últimos años se ha producido una discusión importante en torno al concepto de desorden mental. Varias explicaciones de dicho concepto han sido aventuradas, pero ninguna de ellas parece haber respondido con éxito tanto a la pregunta qué significa que una cierta condición mental sea un desorden como a la pregunta qué significa que un cierto desorden sea mental. En este artículo propongo una explicación de la noción de desorden mental que, si estoy en lo correcto, proporciona respuestas satisfactorias a ambas preguntas. Además, esta explicación (a diferencia de otras explicaciones presentadas en la literatura sobre el tema) satisface los requerimientos para el logro de un objetivo fundamental que subyace al proyecto de dilucidar el concepto de desorden mental, a saber, posibilitar la existencia de un diálogo entre profesionales de la salud mental que tienen orientaciones teóricas distintas. Para cumplir con este objetivo, la explicación que aquí se ofrece no está basada en ningún marco teórico particular, sino en conceptos (tanto ordinarios como técnicos) que no están cargados de teoría. En la última parte del artículo, argumento que se sigue de la mayoría de las visiones sobre el concepto de desorden mental que las disciplinas que se ocupan de explicar *algunos* desórdenes mentales no son ramas de la medicina; y que el tratamiento de *algunos* desórdenes mentales no es una cuestión de intervención médica.

---

<sup>1</sup> Gaete Alfredo. The Concept of Mental Disorder: A Proposal. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 15:4 (2008), 327-339. © 2009 The Johns Hopkins University Press. Reprinted with permission of The Johns Hopkins University Press.

<sup>2</sup> Traducción desde el inglés al castellano a cargo de André Sassenfeld.

<sup>3</sup> Psicólogo Pontificia Universidad Católica de Chile, Doctor en Filosofía, The University of Manchester.

Se ha dicho mucho sobre el concepto de desorden mental en los últimos años. En particular, dada la amplísima variedad de condiciones que los profesionales de la salud mental clasifican como desórdenes mentales<sup>4</sup>, se han llevado a cabo diversos intentos por proporcionar respuestas satisfactorias al menos a las dos siguientes interrogantes generales:

- (1) ¿Qué significa que todas estas condiciones sean desórdenes?
- (2) ¿Qué significa que todas estas condiciones sean mentales?

La pregunta (2) ha sido, a su vez, dividida en dos sub-preguntas:

- (2.1) ¿Qué significa “mental”?
- (2.2) ¿Qué tiene de mental el desorden mental?

Hasta ahora, ninguna explicación de la noción de desorden mental entre las que pueden encontrarse en la literatura parece proveer de respuestas satisfactorias a ninguna de estas dos preguntas (y, por cierto, no a ambas). Además, la mayoría de los trabajos han estado casi exclusivamente focalizados en la pregunta 1, como si la discusión en torno a las cuestiones que arroja la pregunta 2 fueran más bien subsidiarias (ver Brülde & Radovic, 2006a). Parte del propósito de este artículo es ofrecer una explicación del concepto de desorden mental que, desde mi punto de vista, proporciona respuestas satisfactorias tanto a la pregunta 1 como a la 2. Argumentaré que una ventaja importantísima de mi propuesta es que, a diferencia de otras, cumple con los requerimientos para el logro de un objetivo fundamental que subyace a todo el proyecto de elucidar el concepto de desorden mental. Otro objetivo de este artículo es brindar apoyo a la afirmación de que los desórdenes mentales no son necesariamente enfermedades, y establecer algunas conclusiones que tocan tanto la explicación como el tratamiento de *algunos* desórdenes mentales.

<sup>4</sup> Por ejemplo, trastornos del ánimo, disfunciones de la memoria, trastornos obsesivo-compulsivos, retraso mental, trastorno de déficit atencional con hiperactividad, dependencia del alcohol, disfunción eréctil, cleptomanía, anorexia nerviosa, trastornos del sueño, exhibicionismo, autismo, piromanía, esquizofrenia, trastornos del aprendizaje, fobias, trastornos de la personalidad, ludopatía, demencias, etc.

Debido a que este trabajo trata en lo principal del *concepto* de desorden mental, comienzo haciendo referencia y aplicando al asunto algunas distinciones importantes acerca de los conceptos en general.

## CONCEPTOS CARGADOS DE TEORÍA Y EL CONCEPTO DE DESORDEN MENTAL

Cualquier hablante competente de cualquier idioma (castellano, inglés, chino, etc.) posee la mayoría de los conceptos normalmente utilizados en las interacciones sociales cotidianas (no técnicas), así como un repertorio de términos ordinarios para expresarlos. La mayor parte de tales conceptos y términos se adquiere simplemente al estar involucrado en tales interacciones cotidianas. En particular, no se necesita aprender ninguna teoría especial para adquirirlos. Pero con *algunos* conceptos científicos la situación es diferente. Por ejemplo, no existe ninguna posibilidad de adquirir el concepto de neutrino sin aprender algo de física; y para que una persona comprenda el concepto de contratransferencia tiene que aprender un poco (o quizás mucho) de psicoanálisis. Los conceptos de este tipo están, a diferencia de los conceptos ordinarios, cargados de teoría<sup>5</sup>. Nacen como parte de ciertas teorías y, por lo tanto, para comprenderlos tenemos que aprender tales teorías, al menos en alguna medida. Más aún, para usar estos conceptos –esto es, para desempeñar la tarea teórica para la cual han sido creados– uno tiene que *aceptar* las teorías en cuestión. Por ejemplo, para que un químico emplee el concepto de flogisto (que está cargado de teoría), diciendo, pongamos por caso, que ha medido la cantidad de flogisto involucrado en una cierta combustión, tiene que aceptar la teoría que le da existencia al flogisto (que es la razón por la cual ningún químico contemporáneo utiliza tal concepto). De igual modo, para que un psicólogo emplee el concepto de contratransferencia, por ejemplo aseverando que la contratransferencia puede ser una herramienta terapéutica importante, tiene que aceptar la teoría de acuerdo a la cual la contratransferencia existe (que es la razón por la cual Skinner nunca utilizó tal concepto). Naturalmente, uno no necesita aceptar la teoría del flogisto para pronunciar frases como (i) “La teoría del flogisto fue formulada durante el siglo diecisiete” o (ii) “El flogisto no existe”. Pero al pronunciar frases como éstas uno no está utilizando el concepto de flogisto con la finalidad

<sup>5</sup> Ver Quine [1992] respecto de la noción de lo cargado de teoría –aunque él habla de *términos* cargados de teoría más que de *conceptos*.

de llevar a cabo la tarea teórica para la cual fue creado. (De hecho, al pronunciar [ii] el concepto está siendo empleado para rechazar la necesidad de dicha tarea.)

No todos los términos técnicos usados por los científicos están, por supuesto, cargados de teoría. Los conceptos de *sintaxis*, *ceteris paribus* y *mitocondria* son todos conceptos científicos técnicos cuyo uso no involucra necesariamente ningún compromiso con ninguna teoría particular. Además, algunos términos pueden ocuparse para expresar tanto conceptos científicos como conceptos ordinarios. Por ejemplo, es muy probable que el término “enana blanca” exprese un cierto concepto cuando aparece en una revista de astronomía y otro muy distinto cuando se lo emplea para caracterizar una persona como caucásica pequeña<sup>6</sup>. De manera similar, es altamente probable que el término “energía” exprese conceptos diferentes en “Me siento lleno de energía” y “La energía total de un sistema siempre permanece constante”. Por otro lado, muchos conceptos ordinarios son usados en ciencia y, al menos algunos de ellos, pueden ser expresados por *términos* tanto técnicos como ordinarios. Así, un biólogo podría utilizar normalmente el término ordinario “perro” tanto como el término técnico “*canis familiaris*” para expresar el concepto (ordinario) de perro.

Apliquemos ahora estas distinciones al concepto de desorden mental. Está claro que “desorden mental” es un término técnico, porque la gente no lo usa normalmente en interacciones sociales cotidianas no técnicas. Es un término acuñado por científicos con la finalidad de servir a una cierta función en ciencia. La pregunta es, pues, si los especialistas lo usan para expresar un concepto ordinario o uno técnico; y, si lo segundo es el caso, si se trata o no de un concepto cargado de teoría. Pero éstas son preguntas bastante difíciles, dado que los especialistas tienden a estar en desacuerdo acerca del significado que el término técnico “desorden mental” debiera expresar –que es, dicho sea de paso, la razón por la cual existe la presente discusión. En particular, no existe un acuerdo general sobre si el término debiera o no expresar un concepto cargado de teoría. Por un lado, muchos profesionales de la salud mental (tal vez la mayoría, pero de eso no estoy seguro) piensan que el concepto de desorden mental no debiera estar cargado de teoría. Por ejemplo, tal como ha hecho notar Wakefield (1992a), siguiendo el proyecto que subyace al DSM-III-R:

“todas las teorías del desorden mental presuponen un concepto pre-teórico común de desorden mental tal como se expresa en la definición teóricamente neutral del DSM-III-R. Dicho concepto especifica el dominio de condiciones que tales teorías tienen que explicar si se pretende que sean teorías específicamente del desorden mental, proporcionando así el pegamento que mantiene unido el campo de la salud mental. Debido a que el concepto es neutral en cuanto a teoría, puede actuar como base para la creación de un manual a-teórico. Para lograr esto, el conjunto de criterios para cada categoría de desorden listado en el DSM-III-R tiene que poseer validez como indicador de desorden cuando es juzgado por el concepto pre-teórico por sí solo, con independencia de cualquier supuesto teórico adicional” (p. 232).

Por otro lado, se encuentran aquellos que piensan que el concepto en cuestión tiene que estar cargado de teoría, como parece ser, por ejemplo, la perspectiva del propio Wakefield (1992a):

“la investigación psicológica de los mecanismos mentales normales guiada por la teoría es crítica para una comprensión de la patología. Sin importar cuán útil pueda ser un manual a-teórico por ahora, la distinción entre desorden y no desorden depende en última instancia de inferencias teóricas empíricamente confirmadas sobre el funcionamiento normal de mecanismos internos” (p. 245).

En lo que sigue tomaré partido por la primera perspectiva, esto es, el punto de vista de que el concepto de desorden mental no debiera ser un concepto cargado de teoría. Pienso que es un concepto técnico y científico, es decir, un concepto usado sólo en contextos técnicos al interior de la ciencia; pero también pienso que, a diferencia del concepto de *contratransferencia*, y más como el concepto de *sintaxis*, su uso no requiere la aceptación de ninguna teoría particular. En caso de que el hecho de que muchos (quizá la mayoría) de los profesionales de la salud mental estén felices de entender el concepto en cuestión de esta forma no sea suficiente para justificar esta opción, permítaseme ofrecer otra buena razón para ello (que es plausiblemente la razón por la cual muchos o la mayoría de los profesionales adoptan esta postura). Una de las características de los conceptos cargados de teoría es que, como hemos señalado, para hacer uso de ellos resulta necesario aceptar la teoría de la cual provienen. Así, un concepto de desorden mental cargado de teoría proveniente,

<sup>6</sup> El ejemplo fue tomado de Bach 1987.

por ejemplo, del psicoanálisis dejaría sin la posibilidad de emplearlo a cualquier profesional de la salud mental que no aceptara tal teoría. Tal como ocurre con el concepto psicoanalítico de contratransferencia, el uso del concepto de desorden mental sería el privilegio de aquellos que aceptan (al menos en parte) el enfoque psicoanalítico. O, si se quiere, cada teoría particular tendría su propio concepto de desorden mental, esto es, el término “desorden mental” expresaría diferentes conceptos dentro de diferentes teorías. Esto, por supuesto, podría perfectamente bien ser el caso, aunque la existencia de un diálogo entre profesionales con distintas orientaciones teóricas se haría imposible. La razón es que el diálogo es posible sólo cuando existe un lenguaje común; y para que exista un lenguaje común entre profesionales con distintas orientaciones teóricas, tal lenguaje no puede apoyarse en la aceptación de ninguna de las teorías particulares que éstos favorecen. Por otra parte, la existencia de este diálogo se requiere para que los especialistas evalúen y, cuando sea apropiado, combinen diferentes teorías explicativas de cualquier desorden mental particular y también para que evalúen y combinen diferentes tratamientos orientados teóricamente. De modo que si cosas como éstas son deseables –y aquí asumiré que lo son– un concepto de desorden mental cargado de teoría es inservible.

En consecuencia, el concepto de desorden mental que propongo en este artículo no está cargado de teoría. Así entendido, tal concepto está disponible para ser utilizado por parte de cualquier profesional de la salud mental con independencia de sus preferencias teóricas, de tal modo que no constituye un obstáculo epistemológico para la existencia de un diálogo entre profesionales con distintas orientaciones teóricas.

Una última consideración preliminar. En un artículo reciente, Gipps (2006) afirma que, debido a que las expresiones “desorden mental”, “desorden físico” y “desorden social” son empleadas para hacer referencia a diferentes tipos de cosas, el término “desorden” tiene diferentes sentidos. Desde mi punto de vista, postular estos supuestos sentidos diferentes es precipitado. Tal como ha sugerido Kripke (1998), “en filosofía, postular ambigüedades cuando se está en problemas es la estrategia del hombre flojo” (p. 243). El hecho de que las expresiones “buena persona” y “buena acción” sean usadas para referirse a diferentes tipos de cosas, a saber, personas y acciones, respectivamente, no significa que “buena” se esté empleando en dos sentidos distintos. Análogamente, es perfectamente posible y plausible que lo mental, lo físico y lo social sean diferentes tipos de cosas sin que esto implique que el término “desorden” sea ambiguo. Por ejemplo, en “desorden mental”,

“desorden físico” y “desorden social”, el término “desorden” puede entenderse como significando una condición en la que las cosas no se encuentran como se espera (que, dicho sea de paso, es una de las definiciones dadas por el diccionario). Por supuesto, existen *formas* muy diferentes en las que algo puede no encontrarse tal como se espera, pero eso no significa que existan diferentes *sentidos* en los cuales uno puede decir que algo no se encuentra como se espera<sup>7</sup>.

No obstante lo anterior, sí creo que las tres expresiones “desorden mental”, “desorden físico” y “desorden social” pueden usarse para referirse a distintos tipos de condiciones. Pero esto no se debe a una supuesta ambigüedad del término “desorden”, sino más bien a que los adjetivos “mental”, “físico” y “social” son normalmente utilizados con la finalidad de caracterizar diferentes tipos de condiciones. Así, aun cuando “desorden físico” y “desorden mental” pueden usarse para hacer referencia a una cierta condición en una persona, “desorden social” puede usarse para referirse a una cierta condición social; y aun cuando “desorden físico” (o “desorden somático”) puede utilizarse para hacer referencia a una cierta condición en el nivel de los estados y procesos corporales de una persona, “desorden mental” puede usarse para referirse a una cierta condición en el nivel de los estados y procesos mentales de una persona (sobre el significado de la expresión “mental”, ver más abajo). Una consecuencia de esto es que incluso si el concepto de desorden expresado por “desorden físico” es el mismo que aquel expresado por “desorden mental” (digamos, el concepto de una condición en la cual las cosas no se encuentran como se espera), el criterio o los criterios en virtud de los cuales establecemos si acaso existe un desorden pueden ser completamente distintos en cada caso (como se observó, hay diferentes formas en las que algo puede no encontrarse como se espera).

A la luz de estas consideraciones, mi discusión de los criterios del concepto de desorden se focaliza en los criterios de tal concepto *sólo* cuando se usa como constituyente del concepto de desorden mental. En otras palabras, mi propuesta se ocupa exclusivamente de los criterios en virtud de los cuales un desorden debería ser diagnosticado en la esfera de lo mental, con independencia de si tales criterios son apropiados o no para diagnosticar desórdenes físicos (o somáticos), desórdenes sociales o cualquier otro tipo de desorden. Con este importante punto en mente, abordemos ahora la pregunta 1.

<sup>7</sup> Gipps parece estar un tanto enredado en lo que Matthews (1972) denominó “la confusión sentido-forma”.

## EL CONCEPTO DE DESORDEN

En un artículo reciente sobre el concepto de desorden (mental), Ross (2005) observó que cualquier proyecto de diferenciación entre desorden y no-desorden requiere que se traten al menos dos cuestiones, a saber: (i) con qué objetivo se hace la diferenciación y (ii) qué criterio o criterios del concepto de desorden sirven mejor al cumplimiento de ese objetivo. También advirtió que la validez del criterio o criterios postulados depende del objetivo en cuestión. Así, si (i) el objetivo (o uno de los objetivos) es posibilitar un diálogo entre profesionales de la salud mental con diferentes orientaciones teóricas, entonces (ii) el criterio para que algo sea un desorden no puede ser un criterio que plantee el concepto de desorden mental como un concepto cargado de teoría. En esta sección ofrezco una explicación del concepto de desorden que no se apoya en el uso de ningún concepto cargado de teoría. Pero antes de eso argumento que a la luz del objetivo de posibilitar un diálogo entre profesionales con distintas preferencias teóricas, algunas conceptualizaciones de desorden que se han planteado —a saber, las de Wakefield (1992b), Megone (2000) y Nordenfelt (1995)— no ofrecen criterios válidos del concepto de desorden.

Desde la perspectiva de Wakefield (1992b), un desorden es una falla perjudicial de los mecanismos internos de una persona a la hora de llevar a cabo su función natural, donde lo que cuenta como función natural está definido de acuerdo a (la versión de Wakefield de) la teoría evolucionaria. El enfoque de Megone (2000) comparte la idea de Wakefield acerca de la falla de la función natural, pero ésta es conceptualizada en virtud de (la versión de Megone de) la teoría aristotélica de la función de los seres humanos. Por último, Nordenfelt (1995) sugiere que una persona tiene un desorden si no es capaz de cumplir sus metas vitales, donde las metas vitales de una persona están definidas por la teoría de Nordenfelt acerca de las metas vitales y la felicidad. (En realidad, ni Megone ni Nordenfelt utilizan el término “desorden”, sino más bien “enfermedad”. No obstante, asumo que emplean este último término para expresar el concepto de desorden —cualesquiera que sean en definitiva los criterios de dicho concepto.) De modo que las explicaciones que Wakefield, Megone y Nordenfelt ofrecen para el concepto de desorden involucran nociones cargadas de teoría —tales que para poder hacer uso del concepto en cuestión se requiere que uno acepte la versión de la teoría evolucionaria de Wakefield o la versión de la teoría aristotélica de Megone o la teoría de las metas vitales y la felicidad de Nordenfelt. Ninguna de estas explicaciones proporciona pues un retrato

válido del concepto de desorden a la luz del objetivo de posibilitar un diálogo entre profesionales de la salud mental con diferentes orientaciones teóricas.

Permítaseme entonces proponer una explicación del concepto de desorden que sí proporciona criterios en virtud de los cuales profesionales de la salud mental con distintas orientaciones teóricas pueden determinar, y encontrar acuerdo respecto de si una persona tiene o no un desorden. La propuesta es que una persona tiene un desorden (mental) si, y solo si,

- (a) tal persona carece (en cierto grado) de alguna capacidad o conjunto de capacidades (mentales) que se esperaría que poseyera dada su edad y su cultura; y
- (b) la falta de esa capacidad (o conjunto de capacidades) le causa algún tipo de perjuicio.

Para aclarar el significado preciso de “capacidad mental” tenemos que esperar hasta que abordemos la pregunta 2. Por el momento, espero que resulte relativamente innegable que los conceptos de capacidad (y falta de capacidad), expectativa, edad, cultura, causa y perjuicio son todos conceptos ordinarios, libres de teoría. No se requiere tener ninguna postura teórica especial para hacer y entender afirmaciones del tipo “no se espera que una persona de tal y tal edad y cultura carezca de tales y tales capacidades”, “tal y tal causa tal y tal” y “tal y tal es perjudicial para ella”. Ser hispanohablante basta y sobra. (Con “el concepto de cultura” evidentemente no me refiero a un concepto cargado de teoría creado por un cientista social, sino a la noción común que ocupamos cuando, en conversaciones cotidianas, hablamos por ejemplo de las “diferencias culturales” o las “prácticas culturales” de la gente.) Por otro lado, para determinar que se espera que una persona tenga tales y tales capacidades dadas tanto su edad como su cultura, ciertamente se puede recurrir a ciertas teorías (por ejemplo, ciertas teorías psicológicas y antropológicas); pero esto de ninguna manera significa que uno tiene que aprender aquellas teorías para adquirir los conceptos de expectativa y edad. (Asumo que decir que se esperaría de una persona que poseyera un cierto grado de capacidad dada su cultura equivale a decir que se esperaría que la mayoría de las personas de esa misma cultura poseyeran tal capacidad en tal grado. Por supuesto que a veces puede resultar difícil establecer esto —que es una de las razones por la cuales el diagnóstico de un desorden puede ser difícil de realizar.)

Respecto del criterio (b), lo he introducido debido a lo siguiente. Puesto que la lista de las capacidades mentales que comúnmente se espera que la gente tenga

es bastante larga, de muy pocas personas, si es que de alguna, puede afirmarse que posea todas esas capacidades. Así, a no ser que queramos decir que todos tienen un desorden, tiene que proponerse un criterio para discriminar entre faltas “normales” de capacidad y desórdenes. Mi propuesta es que para que la falta de una cierta capacidad sea un desorden tiene que resultar en efectos perjudiciales para esa persona –un criterio que, dicho sea de paso, se encuentra en línea con muchas de las intuiciones de los profesionales de la salud mental. Así, por ejemplo, muchos profesionales de la salud mental considerarían que un hombre que carece de la capacidad de controlar la eyaculación no tiene un desorden si la falta de tal capacidad no le causa ningún tipo de perjuicio, por ejemplo si resulta que el hombre en cuestión practica el celibato. Naturalmente, cómo decidir si una consecuencia particular es o no perjudicial es un asunto debatible –y ese debate trasciende discusiones meramente conceptuales, porque tiene que ver con adoptar una cierta postura ética (y, en ocasiones, también política). Tal postura, sea la que sea, en última instancia determinará la línea divisoria entre lo “normal” y lo “anormal”. Por ejemplo, mientras que en ciertos contextos culturales el suicidio es considerado como algo perjudicial, en otros puede ser considerado como (por ejemplo) un acto (beneficioso) de honor; de modo que una persona que carece de capacidades mentales que la habrían ayudado a no cometer suicidio tiene un desorden en algunos contextos culturales, pero no en otros.

Nótese que a pesar de que una persona que tiene una cierta postura ética puede describirse como teniendo una “teoría ética”, su concepto de perjuicio no depende de tal “teoría”. Esto puede mostrarse señalando el hecho de que dos personas que tienen el mismo concepto de perjuicio pueden perfectamente tener diferentes posturas éticas. Pueden estar en desacuerdo respecto de si algo es perjudicial, pero eso no quiere decir que entienden la afirmación “x es perjudicial” de dos modos distintos; más bien, no están de acuerdo respecto de si x satisface los criterios para ser perjudicial. Si tienen un desacuerdo genuino, esto es, si entienden lo que el otro está diciendo, no tienen un problema conceptual sino una diferencia de opinión. (Sin duda elucidar el concepto ordinario de perjuicio requeriría de un esfuerzo teórico importante; pero eso no equivale a decir que el concepto mismo está cargado de teoría. En cualquier caso, una elucidación del concepto ordinario de perjuicio se encuentra más allá del alcance de este artículo.)

Que cuenta como falta de capacidad también es relativo al contexto cultural. Por ejemplo, mientras que en algunas culturas una persona que tiene alucinaciones

sería considerada como alguien que carece de la capacidad de percibir el mundo de forma correcta, en otras culturas sería considerada como alguien que, por el contrario, tiene la capacidad de ver lo que las personas comunes no pueden ver. Por lo tanto, una persona que tiene alucinaciones es diagnosticada como alguien que tiene un desorden en algunos contextos culturales, pero no en otros. Espero que hoy en día este grado de relativismo cultural no resulte molesto para la mayoría de los teóricos y, en esta línea, asumo que no necesito presentar aquí ningún argumento a favor de la posibilidad de dicho relativismo ciencia o en general.

## EL CONCEPTO DE LO MENTAL

Pasemos ahora a la pregunta 2; más específicamente, a la pregunta 2.1. Recientemente, Brülde y Radovic (2006a) han hecho notar la poca atención que esta pregunta ha recibido en las discusiones sobre el concepto de desorden mental. No obstante, la respuesta que ofrecen a ella está lejos de ser satisfactoria. Según ellos, existen tres características que los filósofos han considerado como “el sello de lo mental”; a saber: subjetividad, conciencia fenoménica e intencionalidad (en el sentido técnico de “intencionalidad” introducido por Brentano [1995], en el cual decir de un estado mental que es intencional significa decir que hace referencia a un contenido o que está dirigido hacia un objeto; así, por ejemplo, “en la presentación algo es presentado, en el juicio algo es afirmado o negado, en el amor, amado, en el odio, odiado, en el deseo, deseado y así sucesivamente” [p. 88]). Ahora bien, la subjetividad, al menos tal como Brülde y Radovic (2006a) la entienden –a saber, como la supuesta “privacidad” de los estados mentales en el sentido de que “uno tiene algún tipo de ‘acceso privilegiado’ a los contenidos de la propia mente” (p. 102)– de ninguna manera sería considerada una característica de lo mental (o, a fortiori, el sello de lo mental) por muchos filósofos de la mente (ver por ejemplo Ayer [1968], Kim [1998], Ryle [1984], Wittgenstein [1974] y Wright [1989]). Por otro lado, aun cuando la intencionalidad y la conciencia fenoménica están presentes en muchos ítem mentales, es bastante claro que están ausentes en otros. Por ejemplo, la capacidad de resolver problemas aritméticos o la capacidad de hacer chistes son ambas capacidades mentales a pesar de que no son ni estados intencionales ni episodios que tienen lugar en la corriente de conciencia de las personas.

¿Cómo, entonces, podemos dar cuenta del hecho de que entre lo mental es posible encontrar tal diversidad de cosas como deseos, capacidades, sueños, acciones, recuerdos, creencias, dolores, imaginaciones,

ánimos, intenciones, seres, percepciones, miedos, reflexiones, virtudes morales y sensaciones? Alguien podría pensar que esta enorme variedad al interior de lo mental se debe simplemente a que el término “mental” es ambiguo, esto es, que es utilizado para expresar diferentes conceptos (algo así parece ser el punto de vista de Rorty [1979]). Al menos está claro que, al usar tal palabra, las personas (tanto la gente en general como los filósofos en particular) no siempre quieren decir lo mismo. Por ejemplo, considérense las siguientes frases:

- (a) “Los dolores no son meramente disposiciones a llorar, quejarse y así sucesivamente; también tienen un aspecto mental”.
- (b) “Algunos procesos mentales son inconscientes”.
- (c) “La capacidad de hacer aritmética es una capacidad mental importante”.

La frase (a) podría ser pronunciada (por ejemplo) por un filósofo que llama la atención sobre la (supuesta) falla de algunas versiones del conductismo y del funcionalismo a la hora de dar cuenta del carácter “fenoménico” o “cualitativo” del dolor, caso en el cual estaría usando “mental” para significar “fenoménicamente consciente”. Sin embargo, alguien (tal vez el mismo filósofo) que pronuncia la frase (b) definitivamente no está usando “mental” de la misma manera; quizá lo que quiere decir en este caso es “intencional”. Por otro lado, alguien (tal vez de nuevo el mismo filósofo) que pronuncia la frase (c) puede estar usando “mental” simplemente para significar “inteligente” (sin querer decir “fenoménicamente consciente” ni “intencional”).

Por cierto que el hecho de que las personas hagan uso de la palabra “mental” para significar diferentes cosas no implica que tal palabra tiene distintos significados o expresa diferentes conceptos. Porque una cosa es lo que cierta expresión significa, esto es, lo que los filósofos del lenguaje llaman “significado lingüístico” o “significado literal”, y otra cosa bien distinta es lo que alguien que habla quiere significar al emplear una cierta expresión (véase, por ejemplo, Bach, 1987; Kripke, 1998; Recanati, 2004). En consecuencia, por ejemplo, alguien que pronuncia la frase “Mi abuela es una santa” puede estar utilizando la palabra “santa” para referirse a una persona amable y desinteresada, pero eso no implica que la palabra “santa” sea ambigua, esto es, que habría tenido un significado (literal) diferente si quien habla hubiese estado hablando de una santa en vez de hablar de su abuela (el ejemplo fue tomado de Bach [1987]). Por el contrario, se debe precisamente a que “santa” tiene el mismo significado (literal) en (por ejemplo) “Teresa de Jesús es una santa” y “Mi abuela

es una santa” que uno es capaz de entender que, al pronunciar la segunda frase, quien habla puede estar usando tal palabra para referirse a una persona amable y desinteresada.

Además, no todos los conceptos son de tal naturaleza que podemos proporcionar un análisis de éstos en términos de condiciones necesarias y suficientes. Por ejemplo, tal como advirtió Wittgenstein (1974), algunos conceptos no están determinados por un conjunto de condiciones necesarias y suficientes sino más bien por ciertas similitudes entre los ítem que engloban, de tal manera que tales similitudes, como aquellas entre los miembros de una familia, se superponen y cruzan. El concepto de juego es el ejemplo clásico. No hay nada que sea común a todas las cosas que se llaman “juegos” y sólo a ellas, pero aún así todas esas cosas se parecen en uno u otro aspecto; y es en virtud de tales similitudes que todas están englobadas en el mismo concepto. Esta concepción fue efectivamente utilizada por Feigl (1967) para ofrecer una conceptualización de lo mental. Según él, el concepto de lo mental debe ser entendido como un concepto de parecido de familia, de tal manera que no habría nada exclusivamente común a todos los ítem mentales, pero aun así todos ellos se parecerían unos a otros de una u otra forma –y sería en virtud de tales similitudes que caerían bajo el concepto de lo mental.

Entender el concepto en cuestión como un concepto de parecido de familia nos permite explicar la tremenda variedad de cosas que podemos encontrar al interior de lo mental (sin tener que postular ambigüedad). Por ejemplo, creencias, percepciones y virtudes morales se parecen en cuanto son (o, como es el último caso, consisten de) estados intencionales; percepciones, sensaciones, sentimientos e incluso algunos estados de ánimo se parecen en cuanto son (o al menos pueden ser) fenoménicamente conscientes; las virtudes morales y capacidades superiores se parecen en cuanto ambas son disposiciones inteligentes; y así sucesivamente. Otros usos de “mental” son más indirectos que éstos en el sentido de que derivan de los usos directos. Por ejemplo, si un cierto ser (p. ej., un ser humano) tiene estados o procesos mentales puede ser caracterizado como ser mental (o como ser que tiene una mente). De la misma forma, la capacidad de tener estados fenoménicamente conscientes no es en sí misma fenoménicamente consciente, pero puede clasificarse como mental de modo derivativo en virtud de que involucra estados fenoménicamente conscientes (a saber, estados que cualifican como mentales en el uso directo de “mental”).

Así, la intencionalidad, la conciencia fenoménica y la inteligencia son tres características diferentes en

virtud de las cuales algo puede incluirse directa o indirectamente en el concepto de lo mental. Quizá son las únicas tres, quizá no. Aquí asumiré que lo son, porque me parece que no existe ningún ítem mental de cuyo carácter mental no pueda darse cuenta en virtud de al menos una de estas tres características.

## UN CONCEPTO DE DESORDEN MENTAL LIBRE DE TEORÍA

El concepto de inteligencia es definitivamente un concepto ordinario. Por otro lado, los términos “intencionalidad” y “conciencia fenoménica” son definitivamente términos técnicos. Pero, ¿expresan conceptos técnicos? Si no estoy equivocado, el primero no lo hace. A mi parecer, afirmaciones cotidianas tales como “su creencia es acerca de ti” y “tú eres a quien ama” pueden replantearse respectivamente como “tú eres el objeto intencional de su creencia” y “su amor está dirigido hacia ti”. En relación con el concepto de conciencia fenoménica, no puedo ver ningún uso que no sea técnico. Afortunadamente, es indiscutible que no se trata de un concepto cargado de teoría. No lo adquirimos al estar meramente involucrados en conversaciones cotidianas, pero tampoco se requiere aceptar ninguna teoría en particular para utilizarlo. Al igual que (por ejemplo) los conceptos de sintaxis, *ceteris paribus* y mitocondria, son términos técnicos cuyo uso no implica compromiso con teoría alguna. Por lo tanto, el hecho de que sea parte del concepto de lo mental no constituye una amenaza a la conceptualización del desorden mental que se presenta aquí.

Ahora, una determinada capacidad puede ser clasificada como mental (directamente) en virtud de que es una capacidad inteligente o (derivadamente) en virtud de que involucra estados intencionales o fenoménicamente conscientes. Por ejemplo, la capacidad de razonamiento es mental en virtud de que es inteligente; la capacidad de lidiar de modo efectivo con un cierto deseo inconsciente es mental en virtud de que involucra ciertos estados fenoménicamente conscientes. Hechas estas consideraciones, puedo ahora ofrecer una explicación más detallada del concepto de desorden mental. Una persona tiene un desorden mental si, y sólo si,

(a) tal persona carece (en cierto grado) de alguna capacidad o conjunto de capacidades mentales que se esperaría que poseyera dada su edad y su cultura (entendiéndose por “capacidad mental” cualquier capacidad que sea inteligente o que involucre estados intencionales o estados fenoménicamente conscientes o ambos); y

(b) la falta de esa capacidad (o conjunto de capacidades) le causa algún tipo de perjuicio.

Evaluemos ahora cómo funciona esta explicación cuando se aplica a algunos casos a los que normalmente se hace referencia con la expresión “desorden mental”. Considérese, por ejemplo, el caso de los así llamados “trastornos del aprendizaje”. Está claro que éstos consisten en la falta (en cierto grado) de la capacidad o el conjunto de capacidades involucradas en aprender determinadas tareas tales como leer, escribir y calcular. Debido a que las capacidades para llevar a cabo dichas tareas son capacidades inteligentes, califican como mentales. Así, una persona que tiene un trastorno del aprendizaje es una persona que carece (en cierto grado) de ciertas capacidades mentales (a). Ahora, una persona que no puede leer, escribir o calcular será incapaz de acceder a algunos beneficios importantes. En consecuencia, es posible afirmar que la falta (en cierto grado) de las capacidades para leer, escribir o calcular de una persona le causa a esa persona algún tipo de perjuicio (b). Algo en esta misma línea puede decirse acerca de las denominadas “discapacidades mentales”.

Considérese ahora algún trastorno de ansiedad, como las fobias o los trastornos obsesivo-compulsivos. Las personas diagnosticadas con estos desórdenes carecen de la capacidad para lidiar con ciertos estados intencionales tales como miedos, expectativas, creencias y deseos (a). Como resultado de esto, sufren (b). Lo mismo se aplica a las disfunciones sexuales. Por otro lado, el alcoholismo, la ludopatía y otros desórdenes que involucran fallas de la voluntad pueden describirse como faltas (en cierto grado) de la capacidad inteligente de auto-determinación (a), que provoca (diferentes tipos de) efectos negativos (b). El autismo y otros trastornos de la comunicación claramente consisten en la falta (en diversos grados) de aquellas capacidades mentales involucradas en la comunicación humana (a), además de todas las consecuencias adversas que los problemas de comunicación pueden tener para una persona (b). Las alucinaciones pueden ser consideradas, tal como hemos observado, como manifestaciones de una falta de la capacidad mental para percibir el mundo de forma correcta; y los delirios pueden ser entendidos como manifestaciones de una falta de la capacidad mental para interpretar de forma correcta algunos episodios del mundo. Por ende, desórdenes como la esquizofrenia y la paranoia también involucran la falta de ciertas capacidades mentales (a) y todo el sufrimiento que normalmente proviene de tal falta (b). Para considerar un último caso, los desórdenes depresivos consisten en la falta de la capacidad para sentirse bien o de

la capacidad para disfrutar de las cosas (“anhedonia”), dos capacidades que involucran estados intencionales y estados fenoméricamente conscientes y, por tanto, son mentales (a). Los efectos perjudiciales de la falta de tales capacidades son bien conocidos (b).

Podría plantearse la siguiente objeción. ¿Qué pasa con aquellos casos excepcionales como el analfabetismo, en el cual existe una falta de ciertas capacidades mentales que puede tener consecuencias perjudiciales y sin embargo no se lo considera como desorden sino más bien, para utilizar la expresión de Wakefield (1992a), como una “incapacidad normal”? Mi respuesta a esta objeción es que el analfabetismo no debería considerarse como una incapacidad normal. De hecho, hoy en día en la mayoría de los contextos culturales el hecho de que un adulto sea incapaz de leer y escribir no es normal en ninguno de los usos normales de “normal”. Es verdad que la afirmación de que el analfabetismo es un desorden mental puede parecer un tanto contraintuitiva. Pero la razón de esto es simplemente que el término “desorden mental” con frecuencia se entiende como sinónimo de “enfermedad mental”. En consecuencia, la afirmación de que el analfabetismo es un desorden mental se entiende como implicando la afirmación de que el analfabetismo es una enfermedad –que ciertamente es una afirmación muy contraintuitiva. Sin embargo, de acuerdo con la explicación del concepto de desorden mental que se presenta aquí, no hay razón para que el término “desorden mental” se entienda como sinónimo de “enfermedad mental”, tal como argumento más abajo. Si estoy en lo correcto, entonces la afirmación de que el analfabetismo es un desorden mental de ninguna manera implica la afirmación (falsa) de que el analfabetismo es una enfermedad y, por lo tanto, nada contraintuitivo se sigue de la afirmación de que el analfabetismo es un desorden mental –así como nada contraintuitivo se sigue a partir de la verdad analítica de que el analfabetismo es la falta de la capacidad de leer y escribir. Pero antes de referirme a este asunto, abordaré la pregunta 2.2.

## EL ASPECTO MENTAL DEL DESORDEN MENTAL

Brülde y Radovic (2006a) han reportado la existencia de cuatro visiones distintas acerca de lo que hace que un desorden mental sea mental. Según lo que ellos llaman “la visión de la causa interna”, un desorden es mental si sus síntomas tienen una causa mental; según lo que denominan “la visión del síntoma”, un desorden es mental si sus síntomas son ellos mismos mentales; según lo que denominan “visiones pluralistas”, el carácter mental del desorden mental guarda relación con alguna

combinación de la visión del síntoma y la visión de la causa interna o alguna cláusula adicional (p. ej., la idea de que los síntomas tienen que ser entendidos en términos psicológicos); por último, según lo que ellos llaman “la visión nihilista”, todo el proyecto de diferenciar el desorden mental de los desórdenes somáticos debería abandonarse (porque no existiría supuestamente una forma coherente si no arbitraria de diferenciarlos).

La existencia indiscutible de desórdenes mentales sin síntomas mentales (p. ej., desórdenes psicósomáticos) es suficiente para establecer que cualquier versión de la perspectiva del síntoma es irremediamente falsa. Además, debido a que es perfectamente posible que un desorden somático e incluso un desorden social tengan síntomas mentales –a saber, es perfectamente posible que ciertos estados y procesos mentales sean sintomáticos de ciertas condiciones somáticas e incluso sociales– podemos y tenemos que diferenciar entre un desorden mental y un desorden que tiene síntomas mentales.

Brülde y Radovic (2006a) favorecen una versión de la perspectiva pluralista (que, si estoy en lo correcto, ellos también clasifican como una versión suave de la perspectiva nihilista) de acuerdo con la cual no existen condiciones necesarias y conjuntamente suficientes para que un desorden sea mental, de modo que “las condiciones que actualmente clasificamos como desórdenes mentales están interconectadas de manera sistemática en formas que hacen razonable algún tipo de análisis en términos de parecido de familia” (p. 113). Ahora, apelar a la noción de parecido de familia *podría* ser, al igual que postular ambigüedad, un modo “flojo” y ad hoc de abordar ciertos problemas. La razón por la cual uno está justificado para apelar a tal noción a la hora de discutir el concepto de lo mental (interrogante [2.1] es que parece no haber *ninguna* otra forma de esclarecer tal concepto (sin recurrir a postular la ambigüedad). Así, antes de intentar responder la pregunta 2.2 postulando la tesis de que los desórdenes mentales son mentales en virtud de un parecido de familia entre ellos, uno tiene que hacer plausible que no existen condiciones necesarias y suficientes para que un desorden sea mental. Por ejemplo, tiene que demostrarse que la perspectiva de la causa interna es falsa. Sin embargo, todas las objeciones que Brülde y Radovic (2006a) presentan a tal perspectiva parecen poder responderse perfectamente bien (ver Wakefield [2006] y Brülde y Radovic [2006b] para una discusión). No dispongo aquí del espacio para profundizar en esto, pero en cualquier caso un análisis basado en parecidos de familia (así como cualquier versión más fuerte de la visión nihilista) tiene que rechazarse si se puede argumentar de modo

contundente a favor de la visión de la causa interna –que es lo que hago a continuación.

Cuando aseveramos que S es un síntoma del desorden D, queremos decir que la presencia de S es signo de la presencia de D, de manera que tenemos derecho a inferir la presencia de D a partir de la presencia de S (dadas determinadas circunstancias y posiblemente la presencia de otros síntomas). Ahora, me parece que para que una inferencia de S a D sea posible, S no puede ser constitutivo de D. Porque si S fuera constitutivo de D, la presencia de S no sería algo en virtud de lo cual uno podría *inferir* la presencia de D; más bien, simplemente *consistiría* en la presencia de D (dadas determinadas circunstancias y posiblemente la presencia de otros síntomas). Si estoy en lo correcto acerca de esto, entonces la carencia de una capacidad mental nunca debiera considerarse como un síntoma del desorden del cual es un criterio –porque tal carencia es constitutiva de tal desorden. En consecuencia, en esta conceptualización del desorden mental, los síntomas de un desorden mental dado tienen que encontrarse entre los efectos perjudiciales provocados por la carencia de las capacidades mentales en cuestión. Pero debido a que (i) uno puede perfectamente describir la carencia de una capacidad mental como una “carencia mental” (que sería un uso derivado de “mental”) y (ii) tal carencia es la causa de los síntomas del desorden del cual es un criterio, se sigue que lo que es mental en tal desorden mental es la causa de los síntomas del desorden (QED).

## DESORDEN MENTAL, ENFERMEDAD Y CIENCIAS DE LA SALUD MENTAL

Muchos teóricos y profesionales de la salud mental emplean los términos “desorden mental” y “enfermedad mental” de forma intercambiable. Si este uso es correcto o no, depende, naturalmente, de cómo se entienden tales términos. En esta sección, argumento que de acuerdo no sólo a la conceptualización del desorden mental que he presentado aquí, sino también a la mayoría de las conceptualizaciones que uno puede encontrar en la literatura, utilizar los términos en cuestión de modo intercambiable es inexacto. También saco algunas conclusiones respecto de la explicación y el tratamiento de los desórdenes mentales, así como respecto de las disciplinas que (de acuerdo a la conceptualización en cuestión) debieran estar a cargo de proporcionar ese tipo de explicación y tratamiento.

El hecho de que no existe un acuerdo general acerca de cómo entender el concepto de enfermedad (ver, por ejemplo, Fulford, 1991; Nordenfelt, 1995) hace que las cosas sean un poco más complicadas de lo que ya

son. No obstante, dos cosas me parecen relativamente exentas de controversia. Una es que incluso si las enfermedades no pueden ser reducidas a desórdenes somáticos, una persona que no tiene un desorden somático tampoco tiene una enfermedad. La otra cosa es que carecer de una cierta capacidad mental no necesariamente es lo mismo que tener un desorden somático. (Por ejemplo, una persona sin un desorden somático puede perfectamente carecer de las capacidades para leer y escribir, tal vez porque no tuvo el entrenamiento adecuado.) Por tanto, aunque el concepto de enfermedad no esté muy claro, sí está bastante claro que si el desorden mental se entiende como la carencia de cierta capacidad mental (o conjunto de capacidades mentales), una persona que tiene un desorden mental no necesariamente tiene una enfermedad. Más aún, me parece que la mayoría de las explicaciones del concepto de desorden mental que uno puede encontrar en la literatura (p. ej., Szasz, 1972; Wakefield, 1992a, 1992b; Nordenfelt, 1995; Lilienfeld & Marino, 1995; Megone, 2000; American Psychiatric Association, 2000) dejan espacio para más o menos casos de desorden mental que no son casos de desorden somático (para una excepción, ver por ejemplo Kendell 2001). No estoy diciendo, por supuesto, que de acuerdo a todas estas conceptualizaciones *ningún* desorden mental resulta ser una enfermedad. Tampoco estoy sugiriendo que estas conceptualizaciones niegan que una cierta enfermedad puede ser la causa (o una de las causas) o el efecto (o uno de los efectos) de un cierto desorden mental. Pocos teóricos se comprometerían con ese tipo de afirmaciones. Lo que estoy diciendo es que, sin importar las conexiones *empíricas* que los científicos pueden llegar a encontrar entre ciertos desórdenes mentales y ciertas enfermedades, de acuerdo a la mayoría de las conceptualizaciones del desorden mental no existe un nexo *conceptual* o *semántico* entre ellos.

En adelante diré que un desorden mental es un desorden mental *médico* si es (i) idéntico a una enfermedad o (ii) causado por una enfermedad o (iii) la causa de una enfermedad; y, a la inversa, diré que un desorden mental es *no médico* si no es ni (i), ni (ii) ni (iii).

Tal como yo lo veo, debido a que no sólo los desórdenes mentales no médicos sino también aquellos desórdenes médicos que no son (i), no son enfermedades, el uso de “enfermedad mental” como sinónimo de “desorden mental” es (en el mejor de los casos) altamente inexacto. Es cierto que a la luz de un concepto muy amplio y no médico de enfermedad (como aquel propuesto por Nordenfelt [1995], por ejemplo) puede argumentarse en favor de una sinonimia entre esas dos expresiones. Sin embargo, dado que el término

“enfermedad” se usa normalmente para referirse a desórdenes somáticos, muchos profesionales de la salud mental tienden a asumir que los desórdenes mentales son desórdenes somáticos. Por lo tanto, al menos con la finalidad de evitar esta confusión, el uso de la expresión “enfermedad mental” para hacer referencia a los desórdenes mentales debiera evitarse.

Se siguen dos cosas muy interesantes si (en línea con la mayoría de las conceptualizaciones del desorden mental) uno acepta que los desórdenes mentales no son necesariamente enfermedades:

1. Para cualquier caso particular de desorden mental médico, parece ser apropiado proporcionar una explicación médica. Sin embargo, si no tenemos ninguna evidencia empírica de que cierto desorden mental es efectivamente médico, no tiene sentido pedir una explicación médica. En otras palabras, ningún conocimiento médico es relevante para explicar un desorden mental no médico. Por consiguiente, las disciplinas que se ocupan de la explicación de los desórdenes mentales no médicos no son ramas de la medicina.
2. Debido a que los desórdenes mentales no médicos no están asociados con ninguna enfermedad, el tratamiento de éstos no necesariamente es un asunto de intervención médica o clínica (medicación, hospitalización, etc.). Este tipo de intervención *podría* ser necesario y, de ser así, es un asunto de debate en qué medida se necesita (y quién determina si acaso existe tal necesidad). Pero en algunos casos una intervención médica puede no sólo no ser necesaria sino además perjudicial. Tratar cada caso de desorden mental con medios médicos no sólo es lógicamente erróneo, sino además moral y médicamente erróneo. Esto es de particular importancia en el caso del tratamiento obligatorio porque, tal como ha señalado Fulford (1991), en tal caso

lo que está en juego, en términos generales, no es si acaso alguien que está deprimido y suicida se encuentra en mala condición, sino si acaso su (admitida) mala condición es del tipo específicamente médico requerido para justificar específicamente medios médicos de intervención (p. 88).

Por lo tanto, la psiquiatría (en la medida en la que es una rama de la medicina) no debiera ocuparse del tratamiento de los desórdenes mentales en general, sino solamente del tratamiento de los desórdenes mentales médicos.

Ahora bien, si ni la explicación ni el tratamiento de *algunos* desórdenes mentales es asunto de la medicina, ¿qué ciencia o ciencias debieran tener esta tarea? Aquí va una sugerencia basada en la conceptualización del desorden mental propuesta en este artículo. Dado que, de acuerdo a tal conceptualización, tener un desorden mental equivale a carecer de alguna capacidad o conjunto de capacidades mentales, y dado que las capacidades mentales son (en parte) el objeto de estudio de la psicología (al menos) los desórdenes mentales no médicos debieran ser explicados por medio de explicaciones psicológicas. No hay, por supuesto, nada de nuevo en esto. La psicología, en particular aquella área de ésta normalmente denominada “psicología clínica”, ha estado produciendo teorías explicativas del desorden mental desde sus mismos orígenes como ciencia empírica. Pero a mi parecer la expresión “psicología clínica” sugiere equivocadamente, entre otras cosas, que en vez o aparte de ser una rama de la psicología la disciplina a la que se hace referencia de esta manera es una rama de la medicina; que, por ende, los desórdenes mentales son enfermedades; y que, por tanto, una persona que tiene un desorden mental necesariamente requiere una intervención médica (o clínica).

Por otro lado, si el hecho de que una persona tiene un desorden mental significa que carece de ciertas capacidades mentales, y debido a que muchas capacidades mentales pueden enseñarse, es razonable afirmar que muchos desórdenes mentales debieran ser tratados (si no de forma exclusiva, al menos de forma principal) a través del entrenamiento de las personas que tienen los desórdenes en las capacidades particulares de las que carecen. En otras palabras, el tratamiento sería una cuestión de enseñar capacidades —y la disciplina a cargo de esto no es la medicina sino la educación. Naturalmente, incluso en ciertos casos de desórdenes mentales no médicos, la administración de un determinado fármaco puede ser un tratamiento muy efectivo, ya que algunos fármacos pueden ayudarles a las personas a desarrollar ciertas capacidades. Sólo que, en casos de desórdenes no médicos, el fármaco no estaría curando una enfermedad y, en consecuencia, no está claro por qué la administración de tal fármaco debiera estar clasificada como intervención médica. Por lo tanto, en muchos casos sería mejor describir la relación psicoterapéutica no como una relación entre un paciente y un médico de la mente, sino más bien como una relación entre una persona que está aprendiendo ciertas capacidades y una persona que facilita ese proceso de aprendizaje. No es la cura de algo, sino la adquisición y el desarrollo de ciertas capacidades, de lo que muchas veces se trata la psicoterapia. (A veces

también se trata de disminuir directamente el perjuicio producido por el desorden.)

En consecuencia, aparte de la medicina y la psicología, la educación también podría ser colocada entre las ciencias de la salud mental. Y, dada la relatividad cultural de los desórdenes mentales (tal como ha sido reconocida), me parece que ciencias como la antropología y la sociología también debieran ser miembros de la familia. Podemos admitir que la medicina es una importante ciencia de la salud mental, pero la salud mental no es propiedad de la medicina.

## CONCLUSIÓN

El concepto de desorden mental (o su reverso, el concepto de salud mental) define el objeto de las denominadas ciencias de la salud mental. Para que esto sea posible, esto es, para que ciencias que incluyen diferentes enfoques teóricos (como es el caso de las ciencias sociales) tengan un acuerdo acerca de cuál es su objeto particular, el concepto que define tal objeto no puede apoyarse en ninguno de esos enfoques teóricos. Tiene que ser un concepto libre de teoría.

Aquí he presentado una forma de entender el concepto de desorden mental que no sólo satisface esa condición, sino que además da cuenta de la extrema diversidad de cosas que uno puede encontrar entre los desórdenes mentales. Entendido de este modo, el concepto en cuestión es útil a la hora de proporcionar, para usar la expresión de Wakefield (citada con anterioridad), “el pegamento que mantiene unido el campo de la salud mental”.

También he argumentado que las disciplinas que se ocupan de la explicación del desorden mental no son necesariamente ramas de la medicina y que el tratamiento de los desórdenes mentales no es necesariamente un asunto de intervención médica o clínica. Mi sugerencia es que el tratamiento de los desórdenes mentales no médicos es un asunto de entrenamiento de ciertas capacidades y, por ende, que tal tratamiento debiera ser responsabilidad de la educación. Ahora bien, el hecho de que la educación debiera ser la ciencia a cargo del tratamiento de los desórdenes mentales no médicos no implica, por supuesto, que profesores, educadores y otros profesionales a los que normalmente hacemos referencia como “profesionales de la educación” hayan efectivamente desarrollado teorías sobre cómo tratar tales desórdenes. De hecho, tales teorías han sido desarrolladas en su mayor parte por aquellos profesionales a los que normalmente hacemos referencia como “psicólogos clínicos” –que es otra razón por la cual (para evitar confusiones) no debiéramos referirnos

a ellos de ese modo. En la medida en la que su trabajo es dilucidar cómo desarrollar las capacidades mentales de las personas, son mucho más profesionales del aprendizaje que de la cura.

## RECONOCIMIENTOS

Estoy en deuda con Harry Lesser por sus comentarios sobre una primera versión de este artículo y por varias discusiones acerca del mismo; y con Graham Stevens por discusiones muy útiles acerca del significado.

## REFERENCIAS

1. Ayer AJ. 1968. Privacy. In *Studies in the philosophy of thought and action*, Strawson PF (ed.), 24-47. London: Oxford University Press
2. American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. Washington DC: American Psychiatric Association
3. Bach K. 1987. *Thought and reference*. Oxford: Clarendon Press
4. Brentano F. 1995. *Psychology from an empirical standpoint*. London: Routledge
5. Brülde B, Radovic F. 2006a. What is mental about mental disorder? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 13(2): 99-116
6. Brülde B, Radovic F. 2006b. Dysfunctions, disabilities and disordered minds. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 13(2):133-41
7. Feigl H. 1967. The “mental” and the “physical”: The essay and a postscript. Minneapolis: University of Minnesota Press
8. Fulford KWM. 1991. The concept of disease. In *Psychiatric ethics*, Bloch S, Chodoff P (ed.), 77-99. Oxford: Oxford University Press
9. Gipps R. 2006. Mental disorder and intentional order. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 13(2): 117-21
10. Kendell R. 2001. The distinction between mental and physical illness. *British Journal of Psychiatry* 178: 490-3
11. Kim J. 1998. *Philosophy of mind*. Oxford: Westview Press
12. Kripke S. 1998. Speaker’s reference and semantic reference. In *Definite descriptions. A reader*, Ostertag G (ed.), 225-56. London: The MIT Press
13. Lilienfeld S, Marino L. 1995. Mental disorder as a Roschian concept: A critique of Wakefield’s “harmful dysfunction” analysis. *Journal of Abnormal Psychology* 4(103): 411-20
14. Matthews G. 1972. Senses and kinds. *The Journal of Philosophy* 69(6): 149-57
15. Megone C. 2000. Mental illness, human function and values. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 7(1): 45-65
16. Nordenfelt L. 1995. *On the nature of health. An action theoretic approach*. The Hague, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers
17. Quine WV. 1992. *Pursuit of truth*. Cambridge: Harvard University Press
18. Recanati F. 2004. Pragmatics and semantics. In *The handbook of pragmatics*, Horn L, Ward G (ed.), 442-62. Oxford: Blackwell Publishers
19. Rorty R. 1979. *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton, NJ: Princeton University Press
20. Ross P. 2005. Sorting out the concept disorder. *Theoretical Medicine and Bioethics* 26: 115-40

21. Ryle G. 1984. *The concept of mind*. Chicago: University of Chicago Press
22. Szasz T. 1972. *The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct*. London: Paladin
23. Wakefield J. 1992a. Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review* 99(2): 232-47
24. Wakefield J. 1992b. The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *The American Psychologist* 47(3): 373-88
25. Wakefield J. 2006. What makes a mental disorder mental? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 13(2): 123-31
26. Wittgenstein L. 1974. *Philosophical investigations*. Oxford: Basil Blackwell
27. Wright C. 1989. Wittgenstein's later philosophy of mind: Sensation, privacy, and intention. *The Journal of Philosophy* 86(11): 622-34