



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Múzquiz Jiménez, Álvaro

Configuración de la psicopatología y práctica psiquiátrica.

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 33, núm. 119, 2013, pp. 575-592

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265028372008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Configuración de la psicopatología y práctica psiquiátrica.

The construction of psychopathology and psychiatric practice.

Álvaro Múzquiz Jiménez ^a.

^aPsiquiatra. Centro de Salud Mental de Eguía. Donostia-San Sebastián, España.

Correspondencia: Álvaro Múzquiz Jiménez (alvaromuzquiz@hotmail.com)

Recibido: 12/11/2012; aceptado: 17/03/2013

RESUMEN: La psiquiatría parece condenada a la perpetuidad de un abordaje teórico fragmentario. Las perspectivas histórica, social, psicológica o biológica dan cuenta de una realidad parcial e incompleta de esta disciplina que en ocasiones se intenta subsanar sin éxito amalgamándolas. Se plantea, por lo tanto, necesaria una reelaboración teórica que permita pensar la psiquiatría en su completud. El propósito de este trabajo es localizar en el análisis de la psicopatología la encrucijada en que se concentran las complejas relaciones del campo psiquiátrico. Se concluye que no hay posibilidad de intelección de la manera en la que la psicopatología y sus objetos se configuran si son separados de su vínculo con una praxis determinada políticamente. Se apunta, finalmente, el alcance que estas conclusiones tienen para una teoría de la individuación de los síntomas.

PALABRAS CLAVE: psicopatología, praxis, política, ontología, epistemología.

ABSTRACT: Psychiatry seems condemned to a perpetual fragmentary theoretical approach. Historical, social, psychological and biological narratives or conventional pluralism -a blend of them all-, can only account for isolated and incomplete parts of a complex psychiatric reality. It is necessary to be able to analyze psychiatry in its entirety. To that end, in this paper psychopathology is investigated as a crossroad where these fragments are in an interwoven relationship. The main conclusion is that, in order to understand psychopathology and its objects properly, they must be considered connected with a practice determined by politics. Finally, some consequences for a theory of symptom individuation are drawn.

KEY WORDS: psychopathology, practice, politics, ontology, epistemology.

Introducción.

En dos recientes artículos (1, 2) Ivana Marková y Germán Berrios han abordado la importancia de un posible replanteamiento del estudio de la psiquiatría desde el punto de vista de su epistemología. Los autores plantean que la psiquiatría es una disciplina híbrida de las ciencias naturales y sociales, pero que se ha visto fragmentada en distintas narrativas aisladas al intentar dar cuenta por separado del significado de la locura y el trastorno mental en sus distintos contextos histórico, social, biológico y psicológico. La situación resultante es la de una pugna entre estas distintas narrativas en su afán por convertirse en la que es verdadera y por tanto en la dominante. Sin embargo, ninguna de estas aproximaciones ha sido capaz de explicar la totalidad y complejidad de la psiquiatría. Si la psiquiatría es una disciplina híbrida, estas narrativas independientes no son más que análisis parciales de aspectos que en realidad están estrechamente relacionados y que son indisociables.

El más simple y evidente de los argumentos en este sentido es el que proviene del estudio de la configuración de la alienación mental, la enfermedad, las estructuras psicopatológicas o los síndromes dentro de una disciplina médica como la psiquiátrica. La psiquiatría surge en un intento de adecuación de una parte de la representación social previa de la locura a la forma en que la medicina explica y trata sus problemas. Como dice Lantéri-Laura: “hay culturas sin psiquiatría mientras que apenas hay cultura sin representación de la locura” (3). Siendo esto así, las consecuencias son simples: los límites de lo anormal están fijados por un marco cultural anterior a todo estudio biológico; por consiguiente, sean cuales sean los resultados de sus investigaciones e independientemente de la carga biológica de cada trastorno en cuestión, las ciencias naturales aplicadas a la psiquiatría nunca podrán prescindir de los significados y definiciones dadas a la conducta, experiencia y lenguaje humanos considerados anormales en el desenvolvimiento de la sociedad y la historia. Es decir, el abordaje estrictamente biológico del problema de la locura desatiende los aspectos sociales y culturales que han sido imprescindibles para que tal tipo de investigación pudiera siquiera entrar en escena.

Una de las soluciones (aparentes) más frecuentes a este problema es el de usar el vocablo compuesto bio-psico-social; pero este intento es tanto como pegar las narrativas que se han creado de manera separada y poco articulada entre sí, sin conseguir aclarar del todo qué posibilita esta reunión ni diluir la independencia de cada una de ellas. Por ello, seguimos en este punto la propuesta desarrollada en los artículos citados de Marková y Berrios, quienes se desmarcan explícitamente de esta forma de abordar la cuestión y llaman a la tarea de desarrollar una epistemología regional de la psiquiatría que se haga cargo de su naturaleza híbrida e interactiva (2). A pesar de que se puedan tomar distintos caminos para semejante proyecto, ellos eligen el análisis de la estructura y la naturaleza de los síntomas mentales, que son unos objetos particulares individuados como producto de una técnica concreta que ha venido a llamarse tradicionalmente psicopatología.

El foco, por tanto, se redirige desde una consideración epistemológica general sobre la psiquiatría a lo que parece un análisis ontológico de unos (si bien quizás los más importantes), de sus objetos. Sin embargo, a pesar de las apariencias, ahí no se abandona nada sino que se investiga lo que en última instancia determina la propia epistemología psiquiátrica; ya que, si bien es importante diferenciar el nivel óntico -y ontológico- del epistemológico, son la ontología y las suposiciones en relación con ella las que preceden a la epistemología psiquiátrica y están continuamente influyendo en su configuración (4). Las conclusiones ontológicas a que lleguemos acerca de los objetos de la psiquiatría serán decisivas en los estudios epistemológicos que se lleven a cabo.

El presente trabajo pretende ser una introducción a esta región en que ontología y epistemología psiquiátrica se entrecruzan a través de la investigación de la

individuación de los objetos de la psicopatología. Preguntando primero qué es la psicopatología y de qué forma ha aparecido y está continuamente actuando como parte de la psiquiatría, estaremos en condiciones de abordar la investigación del proceso de individuación de sus objetos, y, finalmente, de dilucidar cuál es el trabajo necesario para la elaboración de esa epistemología regional psiquiátrica de que hablan Marková y Berrios. Este texto trata del primero de los pasos.

Los distintos lenguajes de la psiquiatría.

Quizá el más influyente de los proyectos epistemológicos en psiquiatría centrados en la investigación psicopatológica sea el propuesto y desarrollado por el grupo de Cambridge (5, 6). En el que es considerado como su texto fundacional (7) se explicitan una serie de postulados que sirven como hoja de ruta para la investigación. Todos ellos se basan en la suposición de que la psiquiatría es consecuencia del uso de un lenguaje psicopatológico que apareció en el siglo XIX que ha permanecido estable desde entonces y es el único de la psiquiatría; este lenguaje recibe el nombre de psicopatología descriptiva.

Cualquiera que abra un libro convencional sobre historia de la psiquiatría (8, 9) leerá que su nacimiento como disciplina no se produce hasta finales del siglo XVIII, principios del XIX. No podemos negar que en este periodo aparece un lenguaje que podemos llamar estrictamente psicopatológico, pero es preciso revisar el aserto de su supuesta estabilidad y la posibilidad de que exista un único lenguaje psicopatológico en la psiquiatría. Si continuamos leyendo esos mismos libros, comprobamos que no hay más que una sucesión constante de sistemas ordenadores: la alienación mental, la enfermedad mental, las estructuras psicopatológicas, las escuelas psicoanalíticas, el análisis existencial, la psiquiatría biológica, se yuxtaponen, aparecen, desaparecen, migran o se transforman. El propio Lantéri-Laura se vio en la necesidad de retorcer el concepto de paradigma tomado de Kuhn para poder aplicarlo a su análisis de la psiquiatría: en esta disciplina los paradigmas pueden ser sincrónicos, commensurables, tienen legados, etc., y, además, sufren de una inestabilidad que no se ve en otros campos científicos (3).

Para poder hablar de la psicopatología como único lenguaje de la psiquiatría y sostener que se ha mantenido estable, a pesar de todos estos cambios de sistemas y paradigmas, es imprescindible abordar primero su análisis como tal lenguaje. La psicopatología no está configurada por términos sueltos que se digan aquí y allá, como el castellano no es la sucesión de casa, mesa, lápiz. Sin necesidad de discutir ahora el paso práctico de la lengua al habla, diremos que la coherencia interna de la lengua, su gramática o estructura, es decir, la relación objetiva entre los términos,

es lo que la define y determina (10). En psiquiatría se emplean palabras que conforman la semiología psiquiátrica y éstas son parcialmente compartidas por distintas orientaciones y escuelas dentro de la disciplina, pero solo si consideramos que los análisis fenomenológicos, existenciales, objetivos, psicoanalíticos, etc. comparten esa misma serie de relaciones objetivas que determinan su gramática podremos decir que existe una estabilidad en el lenguaje psicopatológico desde sus inicios.

Si en nuestra burda y apresurada comparación afirmábamos que el castellano no es la yuxtaposición de palabras tales como mesa, silla, etc. sí que podemos decir que, conforme a su estructura, esas palabras tienen un significado más o menos unívoco común a todos los hablantes de la lengua, y que, a pesar de que la fijación de los referentes no se produzca a través de su definición, al producir ésta, es decir, al traer a lenguaje lo contenido en la ostensión de su fijación como referente, las definiciones no variarán en exceso, haciendo patente que lo que un hablante quiere decir con esa palabra es más o menos superponible a lo que el otro entiende.

El caso de la semiología médica es similar a éste: la relación entre un signo y aquello a que se refiere está predeterminado por el conjunto de profesionales de la disciplina e incluido en su definición descriptiva -a esta relación entre referencia y signo se le ha dado el nombre de *ratio facillis* (11) -. Para poder hablar entonces de una estabilidad y uniformidad de la psicopatología desde el surgimiento de la psiquiatría es necesario que se cumplan los siguientes criterios:

1. Que la referencia y su signo mantengan una relación *ratio facillis* que ha permanecido inalterada en el tiempo.

2. Que la relación entre los componentes del lenguaje de la psicopatología se rija por las mismas reglas desde su creación y que estas sean, por así llamarlo, transescolares y transparadigmáticas.

Los síntomas psiquiátricos han permanecido mal definidos a lo largo de toda la historia de la psiquiatría. Tomemos como ejemplo el delirio, puesto que es uno de los síntomas centrales de la semiología psiquiátrica.

Si clásicamente se han utilizado los supuestos criterios de Jaspers como criterios para definir el delirio, parece más bien que se ha debido a la necesidad de utilizar una cita de autoridad que porque hayan tenido una conexión real con lo que ha venido en llamarse delirio durante el siglo XX. Y precisamente es en el origen mismo del establecimiento de esos criterios en su “*Allgemeine Psychopathologie*” (12) donde este problema aparece más acentuado. Lo que ha venido a ser una definición canónica del delirio no fue tomada por su autor como tal definición, sino como unos criterios que no nos decían nada de lo que era el delirio, y que era necesario encontrar otro elemento que definiera realmente algo a lo que pudiera llamarse delirio como distinto del pensamiento normal, como demuestra Chris Walker recordándonos de nuevo qué es lo que realmente Jaspers dijo (13). No vamos a recordar aquí con detalle el meollo del asunto, pero sí apuntar que la

definición descriptiva que se ha tomado como una de las más válidas y estables en psicopatología era negada por su autor. Los criterios de Jaspers para definir el delirio no son criterios ni son de Jaspers. Sin embargo, un psicopatólogo tan reputado como Cutting, en su libro “Principles of psychopathology” (14) insiste en esos mismos criterios y exige su completo cumplimiento para definir algo como delirio. Cualquier definición descriptiva del delirio, si es atribuida a una gran figura, puede ser aceptada como válida.

Otro caso: algunos autores han visto que la relación de la palabra delirio y su referente no es ratio facilis. Para conseguirlo han creado otros nuevos criterios descriptivos operacionalizados para definirlo y conseguir que finalmente si se dé ese tipo de relación (15). Por último, otros autores niegan que las ideas a las que se les llama habitualmente delirio sean tales, sino que obedecen a una dinámica psíquica que elimina la posibilidad de diferenciarlos del pensamiento normal (16).

Entonces, lo que tenemos es un nombre (el delirio), que es identificado y dicho por doquier. Pero este nombre no encuentra definición apropiada y su existencia es incluso negada por algunos. El delirio es algo dicho pero no definido por propiedad alguna. El primer criterio no se cumple: ni las características del delirio están incluidas en su definición descriptiva ni se ha identificado la experiencia y actos de habla que lo constituyen de forma unívoca y estable.

Para validar el segundo de los criterios un método es investigar qué ocurre con lo más parecido a una aplicación directa de la semiología psiquiátrica y de sus síndromes, libres de posteriores interpretaciones idiosincráticas de las distintas escuelas. Así se limita la supuesta interferencia de reinterpretaciones posteriores. Los estudios realizados en los que se han comparado los diagnósticos asignados al mismo paciente por distintos psiquiatras o utilizando distintas clasificaciones diagnósticas han demostrado una disparidad manifiesta entre los mismos, además no son mínimamente estables, y de ninguna manera se han podido establecer en esos estudios límites claros entre unos diagnósticos y otros (17, 18). Esto muestra cómo las reglas internas a la construcción de los síndromes varían en la teoría y también en la práctica. Aducir estos resultados a diferentes orientaciones en la elaboración de las clasificaciones o a la de los psiquiatras, negando la posibilidad de una aplicación de las clasificaciones libre de prejuicios, no resuelve el problema. Esta explicación solamente nos obliga a retornar al comienzo de la argumentación y comprobar que la coherencia interna de las distintas psicopatologías es diferente a pesar de utilizar los mismos sustantivos en la elaboración de sus semiologías.

El imposible anclaje biológico de la semiología psiquiátrica.

La cuestión sobre la causalidad biológica de los síntomas psiquiátricos ha sido ampliamente debatida desde los orígenes de la disciplina. Ya Jaspers creyó encontrar en los conceptos Verstehen y Erklären (comprender y explicar), la distinción y claridad conceptual necesaria para resolver de una vez por todas el problema. Hasta hoy continúa la discusión y las aporías a las que lleva la división entre causas orgánicas y psicológicas para la conducta, experiencia y lenguaje humanos se han intentado resolver atendiendo a un abordaje psicopatológico que no necesita remitirse constantemente al concepto de causa para encontrar su valor (19). A pesar de ello, muchos psiquiatras siguen considerando que el sustento último de la psicopatología es su remisión a la señal biológica que causa en última instancia lo observable por el psiquiatra.

En un reciente metaanálisis sobre la activación de regiones de la corteza cerebral durante la presencia de alucinaciones auditivas en pacientes diagnosticados de esquizofrenia (20), se obtuvieron los siguientes resultados: las áreas corticales activadas eran el área de Broca, la ínsula anterior, el giro precentral, el opérculo central, los giros temporales medio y superior, el lóbulo parietal inferior y las circunvoluciones hipocámpica y parahipocámpica. Estas regiones no se activan siempre y todas al mismo tiempo en un individuo que presenta alucinaciones auditivas; antes al contrario: representan solamente las regiones que más frecuentemente se han activado en los sujetos estudiados en las investigaciones que recoge el metaanálisis. En unos casos las alucinaciones se habrán acompañado de una activación del área de Broca y en otras de la circunvolución hipocámpica o de ambas al mismo tiempo. Nadie puede hoy negar que todo tiene un correlato biológico, y, por tanto, que toda experiencia humana vendrá acompañada por algún tipo de función neuronal. En este sentido hay muchos autores que argumentan a favor y en contra de la relación causal de ambas entidades. Si este debate es fructífero no es lo que interesa aquí. El problema es, más bien, que si hay tantas regiones distintas con posibilidad de activarse en el momento en que un paciente experimenta algo que el psiquiatra reconstruye y señala como síntoma alucinación, no hay manera de establecer una correspondencia entre este sustantivo y la actividad neuronal del paciente.

Entonces, el síntoma psiquiátrico no se agota en su definición descriptiva ni puede anclarse en su relación con la señal biológica; el síntoma es lo dicho en sí mismo sin otra referencia que sí mismo. Pero si el psiquiatra dice alucinación o percepción delirante, con más o menos seguridad, y no otra cosa ¿De qué manera está siendo esto dicho con cierta coherencia si no hay un más allá al que remitirse?

Recuperando el uso que hace Rejón (21) de la terminología manejada por Umberto Eco en su “Tratado de semiótica general” (11) sobre la configuración del

signo psiquiátrico, diremos que los síntomas psiquiátricos pertenecen al tipo ratio difficultis. Existe ratio difficultis si en la relación entre tipo y espécimen, la expresión y el contenido están hipocodificados; así, el espécimen estará formado por un contenido al que se da un nombre pero cuya expresión es extremadamente variable en cada caso, es decir, no existe tipo expresivo que concuerde con su espécimen. Por ello, es necesaria la creación concreta del espécimen de signo o síntoma producido. Al no existir una relación preestablecida y unívoca entre la expresión y su nombre, en el trabajo de producción del juicio clínico se tiene en cuenta gran parte de material hipocodificado que no está contenido en la definición descriptiva del síntoma señalado en cada caso. La identificación del síntoma vendrá entonces dada por factores de individuación como el contexto, intensidad, duración o su relación con otros síntomas. No es posible la identificación de estos factores con criterios de inclusión y exclusión de unos universales, ya que, si lo que caracteriza a los síntomas no está incluido en su definición, el proceso por el que se identifican no será nunca un mero proceso cognitivo traído a lenguaje con dichos criterios, sino la capacidad de señalar y nombrar en cada momento a cada síntoma como tal, con una capacidad limitada para que sea traído a lenguaje el proceso completo si no es en una reconstrucción posterior. Las definiciones así creadas de los síntomas serán ostensivas y no una hipercodificación anterior explícita.

Si no hay un lenguaje psicopatológico con existencia propia, sino construcción constante en la práctica que difiere en parte entre unos psiquiatras y otros, la psiquiatría no podrá ser nunca consecuencia de la aplicación práctica de un lenguaje, sino al contrario: llamamos psiquiatría al conjunto de prácticas dentro de las cuales se produce un lenguaje psicopatológico.

La psiquiatría y la psicopatología en su contexto práctico.

Hasta ahora hemos intentado centrarnos en las características de la psicopatología en cuanto lenguaje. El análisis de su configuración nos ha demostrado cómo no hay posibilidad de hacerse una idea cabal del mismo sin la atención a su momento práctico.

El problema de la relación entre teoría y práctica en psicopatología es aquel que existe entre *langue* y *parole* (lengua y habla), donde la última no es una simple aplicación de la primera. La langue de la psicopatología es una elaboración entrelazada con un acto continuo en el interior de la disciplina, como un proceso vivo con sus propias reglas prácticas. Si, a pesar de las diferencias, existe una mínima unidad en la semiología psiquiátrica, ésta se debe entonces a su adecuación al saber hacer necesario dentro de cualquier disciplina médica.

La práctica tiene otro tiempo, otro espacio y otras prioridades (su economía) distintas a la teoría (22). La lógica de la práctica no es lógica. La práctica prefiere la simplicidad al rigor. El lugar, el espacio físico concreto en que se desarrolla, las instituciones y el personal que participa, así como la urgencia de las decisiones tomadas son elementos estructurados y estructurantes de la misma.

La psicopatología es el habla, allá donde llega, inscrita en esta acción de un espacio y tiempo concretos, y, por eso, creada y expresada ahí y no en cualquier lugar. Lo que se ve, señala y nombra en la relación entre psiquiatra y paciente obedece a esta lógica, y esto es posible, en tanto en cuanto existe algún tipo de esquema que garantiza una coherencia entre lo representado y la práctica. La elaboración de clases psiquiátricas no es más que el paso a la teoría de toda una serie de percepciones y pensamientos jerarquizados en la acción viva de los psiquiatras y sus pacientes. La acción práctica no está gobernada por ningún tipo de racionalidad ni tampoco por un mecanicismo que predetermine lo que ocurre; porque como decíamos, el signo psiquiátrico es *ratio difficilis*, y, por lo tanto, la acción del psiquiatra supone cierta creación y ajuste en el momento de configuración del signo (individuación del presíntoma en síntoma), ya que las acciones del paciente tampoco estarán predeterminadas; pero los agentes implicados actúan por unos principios no explícitos de los que no son plenamente conscientes. Por otro lado, la práctica psiquiátrica no es invariable, sino que ha venido modificándose a lo largo del tiempo.

Muchas son las variables prácticas a tener en cuenta en una investigación sobre el lenguaje psicopatológico. La urgencia con la que una decisión deba ser tomada (urgencias o Centro de Salud Mental), o el tiempo que un paciente va a ser tratado son algunas (tiempo de una unidad de agudos o un hospital de día). Pero también los tipos de tratamiento de que se dispone: un tratamiento farmacológico - funcionando en ocasiones como una máquina que separa síntomas, ej.: síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia (23) -, psicoterapéutico, etc.; o los objetivos que se manejen en cada uno de los establecimientos por los que el paciente pasa (en una unidad de rehabilitación la capacidad del paciente para trabajar se convertirá en un síntoma principal mientras que en una unidad de agudos estará relegado al olvido con bastante probabilidad).

Sin una consideración de las condiciones de relación estructural de trabajo, sociales y económicas, no hay manera de entender la configuración de la psicopatología y su función práctica. Y es que los objetos epistemológicos de la psiquiatría, esto es, los síntomas y síndromes como clases naturales muestran su carácter de fetiche en el sentido de Marx (24) (una objetivación que mediatisa y oculta relaciones entre personas), en cuanto se considera la actividad de construcción e interpretación necesaria para que la experiencia, lenguaje y conducta humanos devengan en síntomas y signos psiquiátricos. Lo que sólo está del lado del paciente,

esto es, su conducta, experiencia y lenguaje antes del encuentro con el psiquiatra es lo que ha venido a llamarse presíntoma, que se convertirá propiamente en síntoma solamente tras dos pasos (1): que el psiquiatra tras una exploración los nombre y que posteriormente decida sobre su carácter anormal.

Marx demuestra cómo el valor de uso de una mercancía no reviste ningún misterio, pero no así la forma mercancía misma ni otras de sus propiedades, como por ejemplo el valor de cambio. Los productos del trabajo devienen mercancías sólo bajo relaciones sociales concretas y el valor de cambio viene determinado también por esas relaciones entre los hombres: "hasta ahora ningún químico ha descubierto el valor de cambio en la perla o el diamante" bromea Marx (24). Lo mismo podemos decir que ocurre con el síntoma psiquiátrico. Que la experiencia, lenguaje y conducta humanos tomen la forma de síntoma psiquiátrico y presenten determinadas características (tanto su propia aparición y patoplastia, como su clasificación en el terreno de la anormalidad), sólo es posible bajo determinadas relaciones sociales y prácticas. A pesar de ello los síntomas psiquiátricos son tomados en multitud de casos como variables cuantificables que encierran en sí mismas una serie de propiedades al modo de clases naturales sin atender a esas relaciones (5); es ante esta manera de proceder en el análisis cuando hablaríamos, pues, de fetichismo del síntoma.

Ahora se puede ver con mayor claridad la relación entre psicopatología, psicología y neurociencia: la psicopatología es parte de una praxis social a la que posteriormente se ha adosado una teoría que ha tomado conceptos de otras que existían a su alrededor, como el mentalismo desde Locke (25), el asociacionismo, etc. Es posible realizar análisis de aspectos concretos de la psicopatología o de su praxis porque interese centrarse en ellos en un momento determinado por necesidades de la investigación; sin embargo, este procedimiento no podrá ser nunca considerado como un estudio completo de la disciplina. Tampoco un proyecto de calibración (en el caso de que tenga realmente algún sentido), debería realizarse adecuando el lenguaje psicopatológico a las teorías psicológicas y neurocientíficas actuales, sino prestando atención a las características de la psicopatología como actividad práctica de producción de inteligibilidad con la idea de mejorar dicha actividad.

Una vez expuesto el problema de la praxis de manera general nos queda contestar a una pregunta: ¿cómo se traduce esto a la acción concreta individual de psiquiatras y pacientes?

El concepto de hábito sitúa en el individuo corporalizado el esquema que posibilita la acción práctica estructurada y a la vez estructurante inseparable del mundo social. Este concepto ha sido manejado por las diferentes corrientes interesadas en el estudio de las prácticas: desde aquellas que han puesto el acento en lo social (Bourdieu), hasta los defensores del individualismo metodológico (26). Bourdieu maneja el término en su forma latina (*habitus*) para referirse a aquellos esquemas

de pensamiento, percepción y acción inscritos en el cuerpo de un individuo. Estos esquemas son incorporados a través de un aprendizaje de la praxis que no requiere de un proceso de ensayo y error; la práctica es aprendida en estado práctico a través de las disposiciones de los agentes en juego sin conciencia de los principios que la rigen. Como una mímesis que crea un estado de cuerpo, así se engendra el habitus. Este actúa como una estructura coercitiva que limita las percepciones, concepciones y acciones de un individuo sin obligarlo mecánicamente a la mera reproducción de lo incorporado. En un encuentro como el psiquiátrico es necesario que los habitus que se entrecruzan a través de sus participantes (psiquiatras y pacientes) compartan un mínimo de características generales comunes que permita la comunicación y el juego práctico que ahí se desarrolla. Así, el habitus será traducción del lugar que ocupa el individuo en el mundo social y relaciones de poder antes analizadas (27), permitiendo al mismo tiempo esa flexibilidad que necesita el psiquiatra en el proceso de individuación del síntoma.

El habitus entendido de esta manera es un esquema aprendido inconscientemente con una participación corporal fundamental en un sujeto ya individuado biológicamente. Aunque Bourdieu en algunos momentos diga que se está o se es ese cuerpo con ese habitus, la realidad es que lo que tenemos entre manos es una adaptación sin ontogénesis de un individuo corpóreo situado en un tiempo y lugar concretos de la historia y el mundo social. Esta es la interpretación que recupera Fuchs (28) en sus análisis fenomenológicos del aprendizaje, que forman parte de su proyecto de reubicación del cerebro en una relación corporal y ecológica (29). El aprendizaje se realiza siempre a través de la acción corporal, y este aprendizaje servirá incluso para la adquisición del significado de las palabras, es decir, de los conceptos abstractos. Sean cuales fueren los derroteros de este análisis antropológico de una teoría del aprendizaje, éste se sustenta en última instancia sobre una teoría del funcionamiento cerebral. De esta forma entendidas estas explicaciones no parecen distar mucho de posturas que abogan sobre la existencia de una señal biológica y un ruido psico-social sobreañadido. La biología cerebral, las redes neuronales son la única realidad con rango ontológico, mientras que lo social, lo aprendido es una realidad contingente superpuesta a la biología. Las investigaciones en este sentido ayudarían a tener una correcta teoría del ruido para disponer de herramientas que permitan distinguir lo que es ruido social superpuesto de alteración biológica.

Pero, ¿es necesario discutir esto? ¿Acaso no somos sujetos individuados biológicamente de una vez por todas a los que posteriormente se añade lo social, el lenguaje, el derecho? ¿No obedece el síntoma psiquiátrico precisamente a esta lógica?

Un lugar político para la psicopatología.

Husserl, en sus investigaciones lógicas (30), rebatió los argumentos de la corriente psicologista, hacia la que él mismo, en su juventud, se sintió inclinado. El argumento psicologista se articulaba como sigue: bajo el supuesto de que todo conocimiento es el producto de algún procedimiento realizado por seres humanos, las ciencias carecerían en sí de estatuto ontológico pudiendo ser reductibles a las operaciones mentales, y, en último término, cerebrales, que los sujetos productores del conocimiento llevaran a cabo. Los argumentos de Husserl frente a esta posición sentaron las bases del antipsicologismo y restituyeron a un lugar de existencia propia los distintos dominios de la ciencia y de la producción intelectual humana en general. A pesar de ello, junto con la revolución neurocientífica, elaboraciones teóricas en torno al reduccionismo neurobiológico del conocimiento regresan una y otra vez (ver por ejemplo la obra de Thomas Metzinger (31, 32)). El problema, por lo tanto, no parece del todo resuelto.

Sin embargo, incluso con el paso a lo que se ha dado el nombre de posmodernidad -con todo lo que trajo consigo de relativismo-, se ha mantenido la sospecha de que lo producido en el conocimiento tiene un estatuto ontológico. Foucault habla de existencia para referirse a la situación de las figuras epistemológicas y las ciencias que surgen dentro del complejo de relaciones entre las prácticas discursivas que forman una episteme. Agamben extrae para el caso esta cita de “La arqueología del saber” (33): “en el enigma del discurso científico, lo que ésta [la episteme] pone en juego no es su derecho a ser una ciencia, sino el hecho de existir” (34). Lo que señala esta palabra -existencia-, es que los enunciados, los discursos científicos no son algo que simplemente se dice y que en algún momento, debido a determinadas circunstancias, obtiene el rango de eso mismo, de ciencia; sino que en un momento determinado del devenir esos enunciados aparecen como una parte específica del ser llamado ciencia, existen, y son los enunciados de la verdad en un determinado momento histórico. Los discursos son en el sentido más fuerte del término.

Ian Hacking ha querido recuperar el proyecto arqueológico original de Foucault (35). Los conceptos eje de su filosofía de la ciencia, que valen especialmente para la psiquiatría y la psicopatología, son el de ontología histórica y nominalismo dinámico; ambos aparecen en buena parte de su obra. Hacking otorga también un estatuto ontológico al discurso científico (35). Los objetos científicos son objetos de los que se habla, y como tales objetos que son caen bajo el dominio general de la ontología. La idea de ontología histórica proviene del hecho de que muchos de esos objetos cambian con el tiempo, aparecen en un determinado periodo y desaparecen posteriormente dando paso a otros. Este dominio de la ontología histórica abarca principalmente el proceso por medio del cual surgen los objetos de las ciencias humanas, incluyendo Hacking a la psiquiatría dentro de éstas. Observa que hay determina-

das categorías que aparecen en el mundo como hechos, conductas, experiencias, etc. al tiempo que están siendo nombradas en el interior de los discursos científicos. Para explicar este proceso propone el concepto de nominalismo dinámico.

El concepto de nominalismo dinámico está relacionado con lo que Hacking llama “making up people”. El filósofo intenta absorber y combinar las posturas del realismo y el nominalismo tradicionales al afirmar que muchas de nuestras categorías se encuentran como tal en la naturaleza y que dichas categorías no son estáticas. El nominalismo dinámico vendría a aplicarse a unas categorías especiales que no provienen por completo de la naturaleza y que tampoco son estáticas: las categorías de personas y de conductas; es decir, se adapta especialmente al contenido de la psiquiatría. A este tipo de clases le dará el nombre de clases interactivas (por oposición a las clases naturales e indiferentes) (36). Hacking considera que existen cuatro categorías que estarían ejemplificadas por un caballo, un planeta, un guante y la personalidad múltiple. Sin entrar en las diferencias específicas diríamos que el caballo y el planeta son clases que se encuentran en la naturaleza, el guante es fabricado por el hombre y por tanto el concepto y el objeto guante coinciden el uno con el otro casi a la perfección; por último, la personalidad múltiple, dirá Hacking, se parece más a un guante que a un caballo; el concepto y el objeto parecen haber surgido al mismo tiempo (35). El paradigma de la personalidad múltiple es eso, un paradigma, y por tanto es ampliable a muchas de las clasificaciones de tipos de personas o conductas humanas.

Para Hacking, las conductas humanas están limitadas por el terreno de la posibilidad, que dependerá del rango de descripciones disponibles que incluyan a las mismas (35, 36). En un periodo que ya se extiende desde el siglo XVII, en que la vida de los hombres entró a formar parte central de los cálculos del poder (37) y que dio lugar a lo que ya comúnmente se conoce como biopolítica, las descripciones y clasificaciones de las conductas y tipos humanos se convirtió en un procedimiento minucioso y frecuente. Para Hacking, este afán clasificatorio no es estéril sino que provoca una reacción por parte de los clasificados bajo estas categorías, así como en la población general. Las conductas y tipos de personas disponibles pasan a ser las que pertenecen a estas clasificaciones, pero, a pesar de ello, los sujetos clasificados no se adaptan sin más al grupo que supuestamente los identifica, sino que existe cierta independencia del sujeto que “presiona” desde abajo interaccionando con la teoría creada por los expertos. Así, es posible identificar dos vectores en el nominalismo dinámico: uno que es la descripción creada por médicos, juristas, etc.; el otro la actividad de los sujetos clasificados. En cualquier caso, la propuesta es que existe algo así como un bucle entre descripción-conducta-descripción. Para él, este efecto bucle se produciría de la siguiente manera:

Los profesionales de una disciplina crean una determinada clasificación dentro de la que caen los individuos (enfermos mentales, homosexuales, etc. con sus

subclasicaciones correspondientes), desarrollándose simultánea o posteriormente prácticas e instituciones alrededor de esa clasificación. Los individuos así clasificados tienen una propiedad distinta a la del resto de seres no humanos que pueblan el mundo, esto es, son conscientes de cómo están siendo clasificados, bien a través de la propia descripción o por la interacción con las prácticas e instituciones asociadas. Gracias a esta propiedad (la conciencia) el individuo tiene la capacidad de reaccionar revolviéndose contra cómo ha sido clasificado o podrá decidir ajustarse más a la propia clasificación (por ejemplo, adoptar el rol impuesto y comportarse exactamente como se supone debe hacerlo alguien como él). En cualquier caso, la interacción entre la clasificación y lo clasificado formándose el efecto bucle es ineludible.

Otro problema al que apunta Hacking es al de la separación entre categorías humanas: unas tendrían un mayor sustrato biológico que otras, y, por tanto, ese tipo de categorías serían más como un caballo que como un guante, a pesar de ser una categoría humana. El efecto bucle en estos casos sería algo así como el ruido psicosocial del grupo de Cambridge. Ya he expresado mis dudas acerca de cualquier auténtica sustento biológico de las categorías psiquiátricas y así es posible imaginar las dificultades en que incurriría Hacking al seguir por ese camino. Pero, a pesar de ello, las observaciones de Hacking nos ayudan a ver cómo todo el bucle de interacción científica y social no es simplemente un añadido prescindible en última instancia en el decirse del signo psiquiátrico.

Un ejemplo en este último sentido propuesto por él mismo es el de la suposición de que el autismo infantil fuera consecuencia de una enfermedad biológica P que en algún momento es descubierta. En este caso el autismo infantil sería una clase natural indiferente. Pero, al haber descubierto que ese trastorno está causado por una enfermedad biológica se desarrolla todo un entramado de prácticas e instituciones, y Hacking pregunta entonces por la dinámica que surgiría de esta interacción entre la nueva clasificación, sus prácticas e instituciones con los niños autistas (y los que fueron diagnosticados como tales y ahora son excluidos porque no cumplen los nuevos criterios), y sus familias, es decir, pregunta por el inevitable efecto bucle que aparecerá sea cual sea la causa del trastorno (36). La conclusión es por tanto que, aun dando por buena la idea de que algunas categorías tienen un fuerte componente biológico, la biología y el efecto bucle se tornan indistinguibles en el acto de nominación, no existe uno antes del otro, una vida biológica a la que se añade lo científico y social. Por lo tanto, los procesos biológicos cerebrales y la ciencia (descripciones y clasificaciones) ya no son las únicas regiones ontológicas, sino que cada gesto y experiencia humana (el producto del efecto bucle) tienen tanta consistencia ontológica como estos otros dos dominios, y la psiquiatría consiste precisamente en una actividad que se hace cargo de esa región.

Al reconstruir la conducta y actos de habla humanos y sus clasificaciones nos hemos encontrado con que se trata de una región en que biología, psicología

y sociedad; señal, conducta y experiencia se tornan indistinguibles, a pesar de que ahí tenemos la psiquiatría biológica, psicológica y social, como si fuera posible diferenciar claramente esos elementos. Pero éstos no pueden entenderse como una yuxtaposición o un ruido que envuelve unos en otros, sino que forman parte de una totalidad fraccionada y separada políticamente, asunto que se ha ocupado en describir Giorgio Agamben en sus investigaciones.

Agamben nos recuerda que los griegos distinguían entre lo que llamaban *zoé*, esto es, la vida común a todos los seres, y *bios*, la forma de vivir de un individuo o de un grupo (38). Hasta la modernidad era la *bios* o forma-de-vida (39), la que constituía el ámbito propio de la política. Con el paso a la modernidad esta distinción se difumina y es la *zoé*, que hasta entonces parecía reservada al ámbito doméstico (*oikos*), la que se sitúa como su valor central. Instituciones, prácticas, regulaciones, se conforman en torno a una actuación sobre una vida, que en su proceso de constitución como objeto se instala en el cuerpo (40). Foucault distingue dos formas en las que el poder ha venido actuando sobre este cuerpo: una encaminada hacia su adiestramiento (el cuerpo como máquina), la otra, hacia su mantenimiento, proliferación, protección, etc. (el cuerpo-especie); a las disciplinas correspondientes las nombró, respectivamente, anatopolítica del cuerpo humano y biopolítica de la población (37).

Pero en el hombre toda vida es ya una forma-de-vida. Como decíamos no existe ninguna vida biológica pura previa a todo lenguaje y ordenamiento jurídico-político (41). Por tanto, para que la vida sin mayor cualificación entre en los cálculos del poder, y, a través del cuerpo, pueda ser manipulada, es necesario un proceso político que la separe y aísle. Giorgio Agamben, en el curso de las investigaciones que le han llevado a la publicación de los volúmenes que constituyen su obra “*Homo sacer*”, sostiene que este proceso ha sido siempre el fundamento mismo del poder soberano. El derecho, para establecerse conforme a una estructura de normalidad, necesita incluir la vida de los hombres dentro de ésta. Esta inclusión sólo se produce bajo el supuesto de la posible desaplicación de la norma, esto es, bajo la virtualidad de que el poder soberano decrete un estado de excepción que suspenda esta estructura normal y exponga a esa propia vida al máximo de vulnerabilidad: la posibilidad absoluta de darle muerte. En la suspensión de la norma se encuentra la violencia que permite su aplicación.

Lo característico de nuestros tiempos es que la política ha sido completamente asaltada por esta estructura íntima del poder soberano convirtiéndolo en la única política, que en nuestra política no se encuentra otro valor que la vida natural, la *zoé*, una vida identificada con la vida biológica.

Lo que vemos entonces es que para identificar los componentes de la vida de que hemos estado hablando hasta ahora están funcionando continuamente lo que Agamben ha llamado máquina biopolítica (41) y máquina antropógena (42).

La máquina biopolítica es esta máquina imprescindible en la estructura del poder soberano y el estado de excepción. Es aquella que separa una vida biológica del resto en la vida del hombre. La máquina antropógena es la que separa lo humano de lo animal y por medio de esa oposición crea las categorías de hombre-no hombre, animal como vida opuesta a la humana, y las subsecuentes animalizaciones del hombre y antropoformizaciones del animal. Son ellas las que, al separar el interior de las vidas de los hombres, obligan a una reconstrucción yuxtapuesta bio-psico-social.

La psiquiatría está dentro de este marco biopolítico en que la máquina ha situado en el centro la mera vida biológica de los hombres¹. Como tal, ha apostado desde sus inicios por una comprensión de la vida como vida biológica (43). Sin embargo, llevamos un rato enseñando las deficiencias de este modelo para entender qué nos traemos entre manos en todo este oficio de la psiquiatría. Se ha mostrado cómo la individuación de los síntomas psiquiátricos consiste en un proceso de producción de inteligibilidad de la conducta, experiencia y lenguaje humanos sin posible remisión a una señal biológica concreta, y que este decirse obedece a un proceso práctico en que lo dicho hace referencia a algo no definible a través de características explícitas sino señalado una y otra vez en una provocación entre paciente y psiquiatra. Entonces, la psicopatología es un acto en que se dice algo de la forma-de-vida de los hombres sin que sea posible definir ese algo más que a través de su singularidad sin descripción posible, de su mero ser dicho. Pero en el acto de individuación del síntoma se está diciendo algo con un sentido aunque ese sentido no pueda remitirse a propiedad ni biología alguna. Los síntomas y síndromes psiquiátricos parecen significar entonces en tanto pertenecen a un campo, y sólo la referencia a esa pertenencia otorga significación suficiente para conformar un saber.

Y es otra vez en la obra de Agamben donde encontramos algo similar a lo que ocurre con estos particulares psicopatológicos; en este caso lo que ha estudiado bajo el nombre de singularidad *cualsea* (44). La singularidad *cualsea* recibe su determinación al lindar con todo lo posible y no a través de un concepto o de una propiedad, obteniendo su significación de ese confinamiento, de la pertenencia misma. La psiquiatría en su confinamiento ha creado su propia esencia, su destino de producción de formas singulares como ejemplos, y, bajo esa estructura de la lógica paradigmática (34), deben ser entendidos sus particulares.

Aquí se plantea el problema de la manera en que se ha producido ese tener lugar de las singularidades que otorga una significación al síntoma. Y es precisa-

¹ No vamos a traer aquí la influencia del capitalismo en este proceso, aunque dicha estructura económica es una pieza central para el actual feroz funcionamiento de la máquina.

mente el proceso práctico-político del confinamiento de individuos (no en todos los casos físico aunque sí en la mayoría (45, 46)), el que ha creado el límite y la fricción con una exterioridad que ha posibilitado el sentido de lo que es dicho en la acción de los psiquiatras. El “gran encierro” descrito por Foucault (47) es uno de los procesos en que encerrando el afuera se produjo un adentro de singulares que pudieron por primera vez ser dichos de una determinada manera: la psicopatológica. Muchas han sido las objeciones a Foucault sobre sus afirmaciones y generalizaciones en sus investigaciones históricas, pero hoy sabemos que en todo este desarrollo intervinieron una serie de agentes que no se pueden llamar psiquiátricos (44), y que, en casos como el australiano, todo el primer momento de distinción, oposición, separación, etc. fue un asunto de la policía y no de ningún proceso medicalizador ni de aplicación de sistema cognitivo alguno. Pero la forma última de los síntomas psiquiátricos no están sólo del lado del paciente; y es que los síntomas tienen que ser individuados finalmente con el material obtenido del lado de los sujetos que separan y oponen en las sucesivas distinciones generadoras de la individuación final. Como indicábamos, para que esto ocurra tiene que darse cierta concordancia de los hábitos entrecruzados en la interacción entre el paciente y el profesional que individúa ya completamente el síntoma. Y si policía y psiquiatras, como profesionales que configuran finalmente el signo psiquiátrico, señalaron, opusieron, distinguieron en la práctica de similar manera, vale decir que la forma de ser de los presíntomas y síntomas está determinada por una realidad anterior a los sujetos que participan del proceso y que esta realidad es política (o social si se prefiere este término). Así, los objetos de la psiquiatría existen tal cual por una praxis política y la forma de su existencia es su ser mismo.

Para concluir esta sección definiremos provisionalmente la psicopatología: la psicopatología es un gesto político a través del cual se dirime la forma de vida del conjunto de hombres de los que se ocupa la psiquiatría.

Conclusiones. Dirección de una investigación sobre el proceso de individuación de los síntomas

Al final la psicopatología se ha presentado como una técnica de producción de inteligibilidad de la experiencia, conducta y lenguaje humanos que son de una forma determinada al producirse en el interior de una práctica psiquiátrica, que es una de las prácticas específicas de un contexto social concreto. Es esta forma de ser tal cual individuada a la que daremos el nombre de síntoma mental, que es ininteligible sin la remisión a su contexto práctico y que al mismo tiempo será indistinguible de una realidad biológica previa, sin posibilidad de descomposición en partes.

A partir de aquí se plantea necesaria una investigación para dilucidar de qué manera se traduce todo en cada paciente y psiquiatra concretos que se encuentran frente a frente provocando esa forma individuada, que llamamos síntoma, producto de la interpretación de la conducta, experiencia y lenguaje; es decir, si encontramos un principio o una teoría de la individuación que pueda dar cuenta de la aparición de cada singularidad cumpliendo lo que se ha recogido hasta aquí. Una manera de pensar la individuación en su relación con lo social y la correspondencia necesaria para la producción del conocimiento psicopatológico, sin incurrir en los problemas que contiene el concepto de hábito incorporado, y, al mismo tiempo, en una reflexión continua entre lo físico, biológico, animal, humano y social, que sea capaz de ayudarnos a desactivar la máquina biopolítica y antropógena.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Marková IS, Berrios GE. Epistemology of mental symptoms. *Psychopathology* 2009;42:343-9.
- (2) Marková IS, Berrios GE. Espistemology of psychiatry. *Psychopathology* 2012; 45:220-7.
- (3) Lantéri-Laura G. *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Triacastela, 2000.
- (4) Oulis P. Ontological assumptions of psychiatric taxonomy: main rival positions and their critical assesment. *Psychopathology* 2008;41:135-40.
- (5) Baca E. *Teoría del síntoma mental*. Madrid: Triacastela, 2007.
- (6) Huertas R. *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Los libros de la catarata, 2012.
- (7) Berrios GE. Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects. *Psychological medicine*, 1984,14: 303-13.
- (8) Porter R. *Breve historia de la locura*. Madrid: Turner, 2002.
- (9) Shorter E. *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley and sons, 1997.
- (10) Saussure F. *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Losada, 1945.
- (11) Eco U. *Tratado de semiótica general*. Barcelona: Lumen, 2000.
- (12) Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1973.
- (13) Walker C. Delusion: what did Jaspers really say? *British Journal of Psychiatry*, 1991, 159 (supl.4) ,94-103.
- (14) Cutting J. *Principles of psychopathology: two worlds, two minds, two hemispheres*. Oxford, New York, Tokyo: OUP, 1997.
- (15) Garety P. Hemsley D. *Delusions. Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Hove New York London: Psychology press, 1997.
- (16) Stanghellini G. *Disembodied spirits and deanimated bodies*. Oxford New York: OUP, 2004.
- (17) Kendell R. The stability of psychiatric diagnoses. *Brit. J. Psychiat.* (1974), 124, 352-6.

- (18) Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*; Jan 2003; 160, 1; 4-12.
- (19) Ramos P, Rejón C. *El esquema de lo concreto*. Madrid: Triacastela, 2002.
- (20) Jardri R, Pouchet A, Pins D, Thomas P. Cortical activations during auditory verbal hallucinations in schizophrenia: a coordinate-based meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2011;168:73-81.
- (21) Rejón C. *Concepción de la psicopatología como lógica: Modos de configuración del signo psiquiátrico*, Tesis doctoral, Madrid: UAM, 2005.
- (22) Bourdieu P. *El sentido práctico*. Madrid: Siglo XXI, 2008.
- (23) Healy, D., *The Creation of Psychopharmacology*, Cambridge MA: Harvard University Press, 2002.
- (24) Marx K. *Das Kapital. Kririk der politischen Ökonomie*. Berlin: Dietz, 1962.
- (25) Locke J. *Ensayo sobre el entendimiento humano*. México: Fondo de cultura económica, 1956.
- (26) Turner S. *The social theory of practices*. Cambridge: Polity, 1994.
- (27) Bourdieu P. *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama, 1999.
- (28) Fuchs T. *Der Leib zwischen Animalität und Rationalität*. En: Fuchs T. *Leib und Lebenswelt*. Die Graue Edition, 2008.
- (29) Fuchs T. *Das Gehirn-ein Beziehungsorgan*. Stuttgart: Kohlhammer, 2009.
- (30) Husserl E. *Investigaciones lógicas*. Madrid: Alianza, 1985.
- (31) Metzinger T. *Der Ego Tunnel*. Berlin: Berlin Verlag, 2009.
- (32) Metzinger T. *Being no one*. Cambridge MA: MIT Press, 2003.
- (33) Foucault M. *La arqueología del saber*. Madrid: Siglo XXI, 2009.
- (34) Agamben G. *Signatura rerum. Sobre el método*. Barcelona: Anagrama, 2010.
- (35) Hacking I. *Historical ontology*. Cambridge, London: Harvard University Press, 2004.
- (36) Hacking I. *The social construction of what?* Cambridge, Massachusetts and London, England:Harvard University Press, 1999.
- (37) Foucault M. *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2002.
- (38) Agamben G. *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-textos, 1998.
- (39) Agamben G. *Medios sin fin*. Valencia: Pre-textos, 2001.
- (40) Esposito R. *Immunitas: protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- (41) Agamben G. *Estado de excepción. Homo sacer II, 1*. Valencia: Pre-textos, 2004.
- (42) Agamben G. *Lo abierto. El hombre y el animal*. Valencia: Pre-textos, 2005.
- (43) Ramos P. *Vida, psiquiatría y biopolítica. Un asunto psicopatológico*. Fenia, vol. IX-2009, 7-32.
- (44) Agamben G. *La comunidad que viene*. Valencia: Pre-textos, 2006.
- (45) Porter R, Wright D. *The confinement of the insane*. Cambridge: Cambridge Univesity Press, 2003.
- (46) Álvarez Uría F. *Miserables y locos*. Barecelona: Tusquets, 1983.
- (47) Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de cultura económica, 1976.