

## El confuso estatus epistemológico actual del objeto: Sobre *deíxis* y *diagnosís* de “lo mental”

María Sánchez de las Matas\*

Recepción: 4 de diciembre de 2009

Aprobación: 11 de junio de 2010

### Resumen

En este texto se considera *lo mental* contenido en expresiones del tipo: ‘enfermedad mental’, ‘enfermo mental’ o ‘trastorno mental’, como un hecho social, intersubjetivo o lingüístico. El hecho social se expresa: a) en el sujeto como desintegración discursiva o semántico-pragmática que se abre repentina o insidiosamente a otro trazo ‘fuera del surco’–*delirio*-, b) en la recepción social del evento expresada como *deíxis* o señalamiento de la singularidad, c) en la *deíxis* metadiscursiva o diagnóstica, la *diagnosís* psiquiátrica sobre la semiología descriptiva protocolizada o algorítmica. Es decir, se considera ‘lo mental’ como el hecho ‘social’ y el ejercicio del poder social a través del poder discursivo y la asignación del *status* mental alienado.

**Palabras clave:** Mental, enfermedad, social, delirio, psiquiatría, psicopatología, sujeto, sociedad, singularidad, discurso, *deíxis*, *diagnosís*.

### Abstract

This paper addresses “the mental” in expressions such as ‘mental illness’, ‘mentally sick or ‘mental disorder’ as a social, intersubjective or linguistic phenomenon. The social fact is expressed in a) the subject as discursive or semantic-pragmatic disintegration that leads suddenly or insidiously into another path out of ‘surco-delirium’ b) the social reception of the event expressed as *deixis* or pointing of the unique, c) metadiscursive or diagnostic *deixis*, psychiatric diagnosis on protocolized descriptive semiology or algorithmic. That is, the paper addresses the ‘mental’ as a social fact and the exercise of social power through discursive power and the allocation of an alienated mental status.

**Keywords:** Mental, illness, social, delirium, psychiatry, psychopathology, individual, society, uniqueness, discourse. *deixis*, *diagnosís*.

### Introducción al problema epistemológico

Quando me dijeron libertad ya era demasiado tarde. Había perdido la referencia, había perdido el habla, había perdido los filtros: el discurso de la reconversión –mi viejo discurso de la seducción y la provocación-, había empezado a serme extraño.

Román Reyes. *Los papeles del silencio*

No sabemos aún qué significa ‘lo mental’ en expresiones como: “enfermo mental”, “enfermedad mental” o “trastorno mental”. No sabemos qué significa “trastorno formal del pensamiento”. En realidad, no sabemos qué significa ‘realidad’, ‘conciencia’ o ‘mundo’, por ejemplo, en las expresiones semiológicas de Ey (1978) referidas a los trastornos de la conciencia, como “Yo”, “Mundo”, “Realidad”.

La psicopatología recibe para su descripción semiológica y para el diagnóstico y tratamiento psiquiátricos a un individuo *extraño* –*extraño también a sí mismo*-, sumido en un evento mental individual catastrófico en sentido biográfico [“*Después me dio la crisis que me dio. Pero como yo no sabía lo que me estaba pasando, que no estaba ni con médicos, ni con nada...*”

---

\* Profesora e investigadora de la Sede de Guanacaste de la Universidad de Costa Rica []

(Rubio, 2001)], que, previamente, ha sido señalado en su situación de alienación explosiva o insidiosa por el contexto social. La extrañeza se manifiesta como una descontextualización discursiva, consistente en una desintegración sintomática del discurso alienado respecto del kantiano “sensus comunis” que, en sus diferentes formas irruptivas y estado de sistematización, inician la introducción trágica en el transcurso existencial denominado por Jean Garrabé (1996) *la noche oscura del ser*.

Nuestra situación epistemológica analíticamente simplificada es la siguiente: aun cuando pudiéramos establecer una definición consensuada sobre lo que sea la ‘enfermedad’, sería imposible mantenerla acerca de la enfermedad de ‘lo mental’ (Vallejo, 1991; Nubiola, 2000; Muñoz, 2006; Popper, 1997;<sup>1</sup> Vásquez, 1993; Belloch y otros, 2000; Marconi, 2000; López Araquistán, 2008). Lo que sea la ‘razón’ que delimita y sitúa lo racional o lo desvariado, lo normal o lo anómalo, lo patológico, lo racional o lo irracional, después de treinta y cuatro siglos de ocupar nuestro análisis pareciera situarse siempre fuera o más allá o en otra forma: o todavía lo ignoramos (Zubiri, 1972) o nos remite al nivel dóxico en su apariencia epistémica: “La indefinición de lo que sea la razón, el logos, el sentido..., si lo hay, nos devuelve una y otra vez a la ‘Vox Populi’, ‘sensus comunis’: *Vox Populi, Vox Dei* (viejo adagio) “ (Bastide, 1978).

De los posibles aspectos fenoménicos de lo mental alienado en tanto hecho social *delirante* o de-semantizado, se pueden hacer objeto de análisis teórico la vivencia expresada –lingüística-, el impacto y reacción social de aversión y aislamiento de lo diferencial o amenaza y la asignación legal de *status* vital a la singularidad en la diagnosis –el *diagnóstico*-. En general, son tres niveles de indicación o *deíxis*: el autorreferencial del sujeto, singularizado en múltiples formas y convertido en objeto de análisis a veces ante sí mismo (*insight*), la recepción y *deíxis* –señalamiento- de la ruptura semántica por el contexto y la realizada con autoridad legal sobre la existencia<sup>2</sup> objeto de diagnosis en el *diagnóstico* psiquiátrico.

Uno de los autores que con más detalle se ha ocupado de este triple proceso, aunque sin enunciarlo de manera diferenciada en estas tres formas, ha sido Georges Devereaux (1973). El inicio silente, de existir, su etiología, su localización, la caracterización del evento en el sujeto, nos son ignorados hoy (Belloch y otros, 2000; López Araquistán, 2008; Muñoz, 2006; Foucault, 2007). En la forma prelingüística y no-codificada que irrumpe permanece desconocido e inaccesible bajo todo discurso (Braunstein, 1987; Sanabria, 2007) como *estructura ausente* (Eco, 1972).<sup>3</sup> Cuando se analiza en el *sí mismo* o se *expresa* deviene ya una representación (Sanabria, 2007; Foucault,

<sup>1</sup> Popper no hace referencia a ‘cuerpo’ o ‘mente’, sino a ‘estados’ físicos o mentales, de compleja ubicación evolutivamente emergente.

<sup>2</sup> La diagnosis se realiza sobre ‘lo mental’ como evento en el sujeto; el diagnóstico establece la forma posdiagnóstica de la existencia del sujeto (social, intersubjetiva, como *status*). (Cf., p. e., Rubio, 2001 y 2004, Coate, 1975, Devereux, 1978, Reyes, 1994, Foucault, 2007).

<sup>3</sup> “¿Qué es lo no-codificado? Es la fuente de toda información posible o –si se quiere- la realidad. Es lo que está antes de toda semiiosis y que la semiótica no puede ni debe estudiar” (441).

1978; Braunstein, 1987).<sup>4</sup> La recepción social, señalamiento y aislamiento defensivos del grupo en que acontece el evento insólito, una de cuyas características definitorias es el protagonismo y reificación pública de lo mental (Devereux, 1973; Basaglia y otros, 1975; Muñoz, 2006; Coate, 1975) en tanto previamente privado o subjetivo, son relativamente accesibles u objetivables en la historiografía y lo sociología de la enfermedad mental,<sup>5</sup> así como los aspectos históricos de la diagnosis. Los epistemológicos, en forma limitada pero relativamente la más completa (Piaget, 1970), han sido abordados dentro del propio discurso psiquiátrico referidos fundamentalmente a la metodología y evaluación pragmática (Marconi, 2000; López Araquistán, 2008; Nubiola, 2000; Vásquez, 1993; Vásquez, Valiente y Díaz, 1999; Muñoz, 2006). La valoración ontológica de los supuestos ónticos disciplinarios apenas existe en forma epistemológicamente consecuente, a pesar de haber sido heredados y renovados desde concepciones tradicionales de la filosófica psicofísica y aristotélica (Muñoz, 2006), y se consideran de forma incipiente en la perspectiva cognitiva sobre el delirio (Nubiola, 2000; Díez y otros, 2001; Muñoz, 2006). El requerimiento psiquiátrico actual de la revisión analítica del estatus epistemológico de la disciplina se dirige especialmente a la intervención gnoseológica radical de la filosofía (*Id*).

### Ocurrencia de la *singularidad* y *deíxis social*

Respecto del triple proceso mencionado –evento en el sujeto, *deíxis*, diagnosis-, a pesar de la ausencia de delimitación conceptual de lo no diagnóstico en la ocurrencia social, realiza Devereux (1973) un estudio de pretensiones no etnocéntricas que divide en dos partes:

En la primera reconstituyo el proceso cultural mediante el cual un individuo adquiere el *status* de persona anormal y el proceso psiquiátrico que le atribuye una etiqueta diagnóstica (...) En la segunda, examino el problema crucial, y singularmente descuidado, del proceso lógico que subtiende la gestión de diagnóstico (298).

En la primera fase, para evitar un “diagnóstico” previo, alude Devereux al objeto o desorden psicológico como *singularidad*, en un sentido equivalente al utilizado por la geometría analítica para designar una “singularidad” sobre una curva, y correspondiéndose esta noción en lo social-etnológico con un ‘estado adquirido’ (*Id*). Respecto del señalamiento y adquisición de *status*, se muestra de acuerdo con las posiciones de Linton en *The Study of Man*, de 1936, y amplía sus conclusiones: “Un individuo adquiere un ‘status adquirido’ sólo cuando la sociedad se lo atribuye o concede” (299). En este punto, es preciso mencionar posiciones aparentemente contrarias de Foucault:

... no son las familias –con sus normas, sus entredichos, sus umbrales de sensibilidad- las que señalan los locos y proponen “enfermos” al análisis o a la decisión de los psiquiatras (...) El discurso es otra cosa distinta del lugar al que vienen a depositarse y superponerse, como en una simple superficie de inscripción, unos objetos instaurados de antemano. (1978: 69).

---

<sup>4</sup> En la perspectiva de la hermeneútica profunda psicoanalítica: “El inconsciente se conforma a partir de formas de interacción las cuales, pese a haber surgido del proceso de socialización, todavía no han sido incorporadas o han sido excluidas del lenguaje.” (Sanabria, 2007: 72).

<sup>5</sup> Cf. p.e. estudios clásicos en Rosen (1974), Bastide (1978), Levinson y Gallager (1971), Basaglia (1975), Foucault (2002); otros, más específicos, p.e. en Flores (2007) o García-Albea (1999).

No como objetos dados previamente en la forma discursiva diagnóstica, pero sí señalados *para* su constitución discursiva como objetos psiquiátricos por el grupo del sujeto singularizado,<sup>6</sup> es como resulta posible comprender a Devereux en esta dialéctica que incluye procesos anteriores a la designación psiquiátrica:

Asimismo, tengo interés en precisar la diferencia fundamental existente entre el sentido que atribuyo a palabras como “loco” o “demente”, y el que atribuyo a palabras como “neurótico” o “psicótico”. El término “loco” (o “demente”) únicamente denotará el *status* reconocido de aquellos cuyo comportamiento corresponde a una “singularidad”: aquí, por tanto, posee un sentido rigurosamente etnológico. Por el contrario, empleo “neurótico” o cualquier otro término de connotación estrictamente psiquiátrica en los contextos en los que criterios psiquiátricos *objetivos* permiten deducir la presencia de fenómenos psicopatológicos auténticos (301).

No obstante, Foucault admite que el problema está en articular al parecer en forma dialéctica –“juego”- las relaciones propiamente ‘discursivas’ con la ‘primarias o reales’ –entre las que se incluyen las ‘formas sociales’-, y las ‘secundarias o reflexivas’ (1978: 75). Las *relaciones discursivas* se hallarían, “en cierto modo”, en el límite del discurso, determinando las relaciones que este puede efectuar para tratar, nombrar o clasificar objetos. El tránsito discursivo de Foucault parece a su vez seguir así el ‘juego’ infinito de las posibilidades lógicas, en tanto se aleja simultáneamente de la ‘singularidad’ y la vivencia del sujeto como objeto trágico del *sí mismo*,<sup>7</sup> y de la percepción, perplejidad y alerta defensiva del contexto perdido. Humanizando en forma naturalista y próxima al mundo de la vida sus palabras, había señalado Linton (1971): “La más notable y la más activa de las necesidades psíquicas del hombre, quizá sea la de la respuesta emotiva de los demás (...) La gente se apega a las costumbres de su sociedad lo mismo por el deseo de aprobación que por temor al castigo” (23). En este fundamental sentido, el *sujeto* cuya semántica social esencial se ha perdido ha sido situado ya en el ‘temor’, y se encuentra a sí mismo ‘arrojado’ en él y en su *singularidad*.<sup>8</sup> En esta singularidad dialéctica de la semántica alienante, Devereux distingue dos tipos: la que pone al individuo en relación *temporal* con su existencia y la que lo sitúa en relación *espacial* con las formas consuetudinarias de su sociedad (301-302). No obstante, el autor considera la incertidumbre trágica (“*una singularidad está en mí -en ti-*”) como la primera etapa del *diagnóstico*, y no diferencia terminológicamente el diagnóstico de su proceso o *diagnosis*.

<sup>6</sup> En relación con la construcción *social* de la locura en nuestro medio se puede leer el estudio de Flores González sobre la locura femenina (2007), en el que considera una *deixis social* no ya del diagnóstico, sino también del inicio de la *diagnosis*: *La construcción cultural de la locura femenina en Costa Rica (1890-1910)*.

<sup>7</sup> “Lo peor de todo era que seguía activa, pese a estar sin vida. Tenía frío y no sentía mi propio pulso, lo cual demostraba que no estaba viva en la forma normal; pero me era imposible descansar o dormir, y como el tiempo externo se había detenido, quizá permaneciera eternamente en esa situación: un cadáver animado y solitario.” (Coate, 1975: 62).

<sup>8</sup> Sin embargo, en ocasiones no hay conciencia trágica; la existencia o no de esta certidumbre de lo incierto –*insight*- será determinante en el diagnóstico (Devereux, *op. cit.*, 302 ss).

La incertidumbre de la de-semantización es un evento lógico del sujeto,<sup>9</sup> que deviene 'dislógico' en el hecho social: "Este discurso, que hemos visto en sus formas tan fieles a las reglas de la razón, ¿por qué se instauran en él todos esos signos que quieren denunciar de la manera más manifiesta la ausencia misma de la razón?" (Foucault, 2002: 371). Paradójicamente, el discurso dislógico deviene semánticamente no intersubjetivo y 'objeto' intersubjetivo: Se sitúa la *mente* del sujeto, a partir del evento insólito, en un espacio *extramental* cosificado, no subjetivo sino *público*, 'objeto' de una atención o alerta primarias del contexto instintivo que posibilita la respuesta o acción defensiva común ante la interacción destruida (Linton, 1971; Devereux, 1973). La mente del sujeto se *objetiva* como *hecho* de todos, se *cosifica* para su análisis y se somete al control social:

Aquí, en el par sujeto hablante-sistema lingüístico, se produce el mismo efecto ideológico que en el par organismo-medio. Al no cuestionarse la categoría del sujeto y el proceso de constitución del sujeto, estas oposiciones ocultan el hecho de que el sujeto hablante está limitado en su decir por lo no dicho y por lo no decible de su inserción en la sociedad humana en general y en esa formación social en particular. (Braunstein, 1987: 76).

Estos síntomas psiquiátricos poseen como característica esencial el discrepar más o menos abiertamente de la norma del grupo, y ello de una forma *necesariamente* provocadora (...) Este es, por tanto, para la sociedad un "elemento perturbador" y, como tal, adquiere una "masa social" considerable" (Devereux, 1973: 307).

El sujeto queda *expuesto* socialmente en una (*su*) mente objetivada." En relación con la determinación histórico-cultural proseguirá las pautas establecidas por el control social que, mediado en forma diversa según el contexto, denominamos *diagnosis*. La subjetividad alcanzará un significado *intersubjetivo* en esta fase diferenciado del habitual comprensivo, para designar la pertenencia común al grupo y a la comunidad psiquiátrica de un hábitat "normalmente" – anteriormente- no compartido, ahora *objeto historiográfico* y objeto de la praxis socio-diagnóstica. El proceso historiográfico de la mente pública culmina esta primera etapa en forma de re-semantización del hecho social mediante la asignación de un *nombre* a unos síntomas.<sup>10</sup>

### Epistemología incierta en la diagnosis<sup>11</sup>

Ellos me llaman por *su* nombre. Yo les respondo con *mi* nombre, que no es otra cosa que el discurso de la acción. Las palabras generan por eso, discursos vacíos: Toda palabra, como toda agresión, es una palabra de más.

Queda, sin embargo, la impotencia. Y queda, especialmente, la huella que en mí deja ese sentimiento. Queda, en definitiva, el desencanto *con rostro humano* en su versión más cruda del acabamiento físico y mental.

A vueltas con la ordenación de lo real, a vueltas con los modelos de equilibrio --algo en lo que no he terminado de creer y por eso insisto--, uno constata que la reducción que padezco o que se me asigna termina por legitimar al reductor...

Román Reyes, *Los papeles del silencio*.

<sup>9</sup> "El hecho es que los fenómenos conscientes no pueden tener existencia empírica sino bajo la forma de asociaciones entre representaciones de palabra. Su existencia es una existencia de lenguaje y no puede abordarse sino a partir de su objetivación como discurso. Y el discurso es siempre discurso de un sujeto (...) Así, el problema que se plantea es el de la imprescindible conceptualización del sujeto en sus determinaciones." (Braunstein, 1987: 73).

<sup>10</sup> El nombre asigna un *status*, una *existencia pública* a la forma mental expuesta del sujeto, a veces crónicamente.

<sup>11</sup> Nos referimos en estas líneas al discurso mediático – occidental-, desde la reflexión filosófica y epistemológica, en relación solamente con algunos supuestos de interés crítico entre muchos posibles.

En las últimas décadas se han conformado conjuntos o clases de circunstancias denominadas *síntomas mentales* que permiten, dada la presencia de un determinado número de estos, la asignación algorítmica de un diagnóstico mental.<sup>12</sup> El concepto o conjunto –por ejemplo, *delirio*, *esquizofrenia*- tiene una existencia abstracta o convencional, en tanto se supone los *síntomas* tienen existencia concreta en el sujeto. La mayor parte de los síntomas a que nos hemos referido en esta ocasión solo se expresan en forma lingüística,<sup>13</sup> entendiéndose ocurre precisamente la pérdida de la función comunicativa del lenguaje, la *desemantización*, ausencia o disolución del *sentido social* y una *desintegración* contextual en sentido contrario y *autístico* al mencionado por Linton (1971) como primera necesidad psíquica o afectiva en el individuo.

Los criterios de Jaspers de 1913 para caracterizar el *delirio* en la psicopatología constituyen de por sí problemas definitorios y constituyentes esenciales del devenir filosófico histórico: 1) idea falsa, 2) mantenida con una convicción subjetiva extraordinaria, 3) que se sostiene frente a argumentaciones o experiencias contrarias, 4) de contenido imposible. Estos criterios han permanecido en todas las definiciones desde entonces (Vásquez y otros, 1999; Belloch y otros, 2000; López Araquistán, 2008). La mayor parte de los síntomas psiquiátricos presuponen la ontología aristotélica objetivista para adquirir sentido diagnóstico (Muñoz, 2006) y, desde posiciones menos epistemológicas que pragmáticas, han sido abundantemente puestos a prueba dentro de la disciplina. Para la filosofía, el problema comienza en los inicios mismos de la ontología y la lógica, cuando se construyen las relaciones con el mundo y los conceptos de las cosas, y todo ello continúa siendo su objeto. Resulta difícil la lectura de la semiosis psicopatológica sobre su secuencia de hipótesis, supuestos y constructos descriptivos extensamente problematizados por el escepticismo filosófico esencial, históricamente fundamentado; no obstante, saber hoy que nos acompaña la incertidumbre no significa que tales objetos no sean operativos, ni condiciona un cese epistemológico al respecto; uno de los supuestos de la nueva lógica formal y de la más reciente epistemología es que la mayor parte de los conceptos que se manejan en las ciencias son intrínsecamente difusos e imprecisos (Vásquez, 1993). En relación con el diagnóstico de ‘lo mental’, sin embargo, el problema no puede contemplarse con excesiva permisividad epistemológica, ya que la hipótesis diagnóstica resulta posiblemente una metáfora, pero sus consecuencias no inocentes contienen la terminología ejecutiva del poder social, de consecuencias biográficas a veces absolutas, también legales y penales (Rosen, 1974; Basaglia y otros, 1975; Bastide, 1978; García-Albea, 1999; Rubio, 2002, 2004; Foucault, 2002, 2007). Al margen de que no siempre se da una evolución irreductible de la

---

<sup>12</sup> Estos protocolos son, por ejemplo, el CIE-10 (1992) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el DSM-IV (1994) de la Asociación de Psiquiatras Americanos (APA).

<sup>13</sup> “Sin embargo, es importante recordar que las afirmaciones del individuo sobre su creencia son *manifestaciones* del delirio y no deben ser tomadas como *sinónimos* del delirio” (Belloch y otros, 2000: 328-329). Nótese el déficit epistemológico en esta afirmación dado el hecho gnoseológico de que, tras haber recogido en su obra los autores la penuria teórica de la psicopatología sobre el objeto (304 ss), parecen sostener ahora el conocimiento de lo que sea el *delirio* en forma incluso diferenciada de sus manifestaciones.

convicción, o de si se trata o no de una “creencia”,<sup>14</sup> el problema gnoseológico fundamental de la caracterización semiológica del pensamiento delirante es su indistinción definitoria de la mayor parte de las convicciones humanas, entre las que destacan por su similitud con los criterios establecidos para el delirio las *creencias religiosas* (Peters et al., 1999, cit. Vázquez, Valiente y Díaz, 1999) y, a juicio de Freud, por ejemplo, ciertos estados pasionales:

Pero, por lo menos hacia el exterior, el yo parece mantener sus límites claros y precisos. Sólo los pierde en un estado que, si bien extraordinario, no puede ser tachado de patológico: en la culminación del enamoramiento amenaza esfumarse el límite entre el yo y el objeto. Contra todos los testimonios de sus sentidos, el enamorado afirma que yo y tú son uno, y está dispuesto a comportarse como si realmente fuese así. (Freud, 2000: 9-10).

En 1978, Premack y Wodruff definieron la *teoría de la mente* (ToM) como una capacidad cognitiva que posibilita la representación de los estados mentales propios y ajenos, y que permite comprender y predecir así las conductas presentes y futuras. La *empatía* resultaría de una secuencia constante de abducciones peirceanas que también se ha denominado *capacidad de mentalización* o *conciencia-reflexiva* (López Araquistán, 2008). En la situación que marca la presentación abrupta o insidiosa de la alienación o extrañeza contextual (o social) de etiología desconocida, la empatía se torna un problema bidireccional de la comunicación que genera, más allá del problema teórico, un deterioro pático en muchos casos abarcador del evento-individuo en toda la línea espacio-temporal delirante; la ‘línea’ se aparta en esos casos para siempre del ‘surco’, se abre o traza ‘fuera’ en otro surco, allá donde se abre o abierta a lo *improductivo* (Basaglia, 1975). En el acontecer psíquico “normal” realizamos constantes abducciones<sup>15</sup> sobre los estados mentales de los otros que forman parte de la “sutil” complejidad cognitiva requerida por la interacción. La ToM posibilitaría en adultos, por ejemplo, la comprensión de la *metáfora* y la percepción de la *ironía*; esta línea de investigación neuropsiquiátrica sobre la *empatía* filosófica se aplicó inicialmente al estudio del autismo, y recientemente se investiga en relación con el diagnóstico de esquizofrenia. Los problemas se refieren a la adquisición correcta de la *capacidad de mentalización* en la infancia, a errores derivados de una *interpretación literal* del lenguaje o a un *mal uso pragmático del discurso*, que constituirían según esta perspectiva una alteración de las representaciones cognitivas acerca de las intenciones de los otros y de uno mismo (López Araquistán, 2008). No obstante, las conclusiones hasta la fecha *rechazan errores lógicos de razonamiento*, indican la situación intacta de los procesos cognitivos y nos señalan la existencia de procesos cognitivos *adaptativos* que resultarían de razonamientos lógicos válidos, realizados sin embargo sobre ‘falsas premisas’ referidas a fallidas interpretaciones acerca de los ‘estados

---

<sup>14</sup> Cf. Castilla del Pino (1998): *El delirio, un error necesario*. Oviedo: Nóbel. Para este autor, la característica fundamental del pensamiento delirante es el “error diacrítico”, consistente en “la homologación de una interpretación a una observación o a un dato evidente” (cit. Vázquez et al., 1999). Definido así, igualmente resulta perceptible en múltiples y constantes actitudes “normales” socializadas, sin necesidad de mencionar ejemplos históricos de su permanencia científica.

<sup>15</sup> Una abducción es una hipótesis en el sentido peirceano y diferenciado en cuanto a su estructura inferencial de la deducción y la inducción.

mentales'.<sup>16</sup> He aquí cómo reaparece el problema epistemológico: dada la imposibilidad de una gnoseología de los estados mentales, reducidos estos a un consenso o intersubjetividad al respecto, se nos devuelve nuevamente, no a la lógica, sino a la semántica acorde a la *Vox Populi*, el poder social. Por otra parte, López señala dos dificultades neuropsiquiátricas acerca de posibles déficits en ToM, una en relación con su carácter de 'rasgo' o de 'estado', la segunda en relación con el hecho de que los síntomas implicados resulten "sumamente contradictorios"; por último indica epistemológicamente la falta de consenso ni tan siquiera definitorio sobre el delirio y la fenomenología delirante, y la consecuente imposibilidad de ofrecer modelos explicativos y/o descriptivos sobre tal variabilidad y carencia de fiabilidad en la práctica clínica (Ibid.).

Tras revisar las dificultades conceptuales de un síntoma conformador de la psicopatología que podría ser, en realidad, *inespecífico*, Belloch, Sandín y Ramos (2000) resumen algunos de sus fundamentales planteamientos históricos: "La definición más citada es la que ofreció Jaspers en 1913"; la mayoría de las definiciones posteriores no son más que "repeticiones" de las ofrecidas por tal autor, detenidamente analizadas por Oltmans en 1988; homosexualidad reprimida en Freud; Bleuler sobre la pérdida de relaciones de asociación; Von Domarus acerca de razonamientos silogísticos incorrectos; Maher en relación con la existencia de razonamientos correctos, pero realizados sobre experiencias anómalas; Garety sobre sesgos probabilísticos, "conclusiones precipitadas"; Kihlstrom y Bentall acerca de sesgos atribucionales de las creencias delirantes, junto a las teorías que señalan la intervención nuclear de la cultura en el desarrollo de los contenidos (329-330). Marconi (2000) recuerda los diferentes criterios de abordaje histórico de la psicosis en forma *sintomática* (Pinel y Esquirol), *etiológico-orgánica* (Gresinger), *evolutiva* (Kraepelin), en tanto pérdida de la unidad de *la personalidad* (Bleuler y Freud), en relación con la *continuidad o quiebra* del curso biográfico (Jaspers). Muñoz (2006) propone una revisión de la comprensión de los procesos semánticos por los que "el mundo cobra sentido", por tanto, de los presupuestos ontológicos y epistemológicos de las teorías semánticas objetivistas, es decir, de las tesis básicas del realismo metafísico aristotélico aplicadas o supuestas en la investigación de lo delirante: 1) El 'mundo' consiste en una totalidad de objetos independientes de la mente o sujeto. 2) Existe una descripción 'verdadera' y completa del ser, de la esencia, del mundo. 3) En la verdad interviene algún tipo de 'correspondencia' o adecuación entre la mente y el objeto.

### **Retorno al sujeto en el discurso como reflexión no conclusiva**

La deixis social de lo insólito no resulta epistemológicamente discutible, mas el proceso diagnóstico al que se somete el sujeto por el señalamiento social o subjetual producido, constituye un ámbito epistemológicamente incierto hasta nuestros días:

La escasez de teorías relevantes que guíen los conceptos sobre los que se ha de clasificar y evaluar el delirio, convierte a estos intentos clasificadores en un artificio verbal las más de las veces (...)

---

<sup>16</sup> López menciona los estudios, en este sentido, de Frith (1995), Heaky (1990) o Damasio (1994, 1995), Garety y Freeman (1999), entre otros.

Tampoco existe una taxonomía de los delirios, pues no hay ningún principio regulador, sea de orden etiológico, clínico o pronóstico, que sirva de modo indiscutido como elemento vertebrador de una auténtica taxonomía clasificadora. (Vásquez, Valiente y Díaz, 1999 : 311)

Una metaféresis de partida se realiza en relación con la patología de lo mental. No existe, en rigor, ningún órgano 'mente' que pueda enfermar (Vallejo, 1991). El denominado 'síntoma mental', en la diversidad de sus manifestaciones casi siempre lingüísticas, forma parte de la mayor parte de los síndromes 'mentales' u 'orgánicos'. Expresiones como 'enfermedad mental', 'trastorno mental', pensar 'fuera' del trazo o surco común -el *delirio*- devienen metáforas no inocentes que funcionan como hipótesis no inocentes, construcción de significados, discurso o poder, reflejo de un pensamiento específico de consecuencias drásticas estigmatizadoras: "El primer brote o crisis viene seguido de un diagnóstico, que es la constatación y poner nombre a unos síntomas y comportamientos." (Rubio, 2004)... Después, la hipótesis funciona, se autonomiza e hipostasias en metáfora básica de la disciplina: "... los nombres ordenan lo real. Y sólo es real aquello que soporte un discurso. La propia entidad se verifica/legítima, incluso, desde y en función del discurso del sistema." (Reyes, 1994). Lo 'mental' habitualmente caracterizado como pertenencia individual, es descrito en realidad como construcción social intersubjetiva del ser. El lenguaje social traza el 'surco' semántico-pragmático o cultural como un absoluto *paradójico*, prácticamente de infinitud mórfica, sin embargo puntualmente excluyente del sujeto singularizado respecto de la intersubjetividad. No toda singularidad es señalada, ni todo lo insólito trágico; de ahí la sorpresa existencial, discursiva, académica (sujeto, deíxis, diagnosis) de la pérdida delirante del sentido – social- del discurso, y la pregunta patética que representa y expresa el sujeto -objeto-problema de *si-mismo* el *sí-mismo*- en su sentido, una vez la singularidad contextual (le) es señalada y se hace objeto de semiosis-diagnosis destinada a la asignación cualitativa, vital, de alienación estática. (Reyes, 1994; Rubio, 2001, 2004; Devereux, 1973; Foucault, 2000). "La más notable y la más activa de las necesidades psíquicas del hombre, quizá sea la de la respuesta emotiva de los demás" (Linton, 1971); en la resonancia afectiva natural o lingüística, el poder social define constitutivamente 'lo mental': qué lo mental, qué lo 'de-mencial' en el contexto semántico-pragmático. La interiorización discursiva existencial del individuo le permite en ocasiones –*insight*- reconocer la irrupción del evento, por primera vez en la (su) vida, en forma patéticamente *subjetiva*; exclusiva y trágicamente *de él*, socialmente imposible y no-social en forma sorpresiva: *¿qué es?, ¿qué (me) pasa?, 'algo' (me) está ocurriendo*. El evento no es una imposible ausencia de sentido o nada metafísica, sino el alejamiento y desvanecimiento del sentido *posible* –social-, y la angustia de la fuga indefinida del sentido al 'fuera' del exilio semántico: una nada o irrealidad semántica como *presencia*. El contexto recibe el impacto *irritante* (Sanabria, 2007) de lo que hace incomprendible como una imposible recepción-integración y respuesta al discurso desintegrado: *'algo' (le) pasa y un qué hacer*. La respuesta en la semántica compartida que aparece perdida -y *en su lugar qué...*- se señala a sí misma en la vivencia de la pérdida, se manifiesta en la referencia social y en la autorreferencia del sujeto, y se transfiere al discurso diagnóstico en forma de poder

social otorgado para anular la perturbación ocasionada (Basaglia, 1975); al menos, señalando en la dialéctica el objeto causa de la perturbación social y, a ser posible, suprimiéndola aun a costa de la subjetividad individualizada y perturbadora: "No es solo una cuestión de volver al estado de salud que te es propio, el medicamento crea otro estado que el sujeto experimenta como extraño. Hay que *sufrir* el medicamento para no padecer la *crisis*" (Rubio, 2001). Una consecuencia de la *deixis* es la solicitud grupal implícita de una diagnosis, pero el diagnóstico de lo mental está ya contenido en la *deixis* social; luego, el diagnóstico señala en forma de *nombre*, sanciona o falla qué conducta y discurso están 'fuera', salieron del trazo, proporcionando la semántica de la exclusión; la *deixis* social forma parte después o se hace secundaria del fallo diagnóstico; esta nueva *deixis* tiene consecuencias nominal y biográficamente designativas de la alienación con carácter de poder legal y violencia interpretativa. Los comportamientos señalados en la diagnosis y nombrados en el diagnóstico provienen del poder social y lo ejecutan:

Por mi parte, empero, creo al contrario que lo esencial en todo poder es que su punto de aplicación siempre es, en última instancia, el cuerpo. Todo poder es físico, y entre el cuerpo y el poder político hay una *conexión directa*. (Foucault, 2007: 31).

Es imposible la subversión cuando el sistema de saberes y la enunciación de dichos saberes (designación de enfermos; la enfermedad; sus patologías; el diagnóstico y el tratamiento) han sido y son fabricados por unas ciencias que no dejan ningún resquicio a la posibilidad de creación de otras enunciaciones y/o sistemas de enunciación sobre la enfermedad mental. (Rubio, 2001).

Esto no significa que no exista el problema de la enfermedad mental (...), es decir, que no exista lo *diferente* como fenómeno humano y que la transformación de la base social sea suficiente para cancelarlo. El problema está justamente en la incorporación de este concepto, esto es, en la necesidad de hacer desaparecer lo *diferente* como si la vida no lo contuviera (Basaglia, 1975: 180).

La semántica social receptiva es el trazo que excluye lo incomunicable (Linton, 1971, Foucault, 1978, 2000). Lo no-codificado es no codificable en un marco discursivo y el límite discursivo (Foucault, 1978); el contexto semántico-pragmático de integración, la razón vital, la 'forma de vida' y el poder de *asignación* existencial son previsibles, anticipables, predecibles: *semánticos*. No sólo el sujeto que ha 'perdido' la razón ha perdido el sentido social, la 'razón' social, sino que también el grupo ha perdido el sentido del sujeto, la 'razón del sujeto'. La pérdida del sentido es bidireccional y en ocasiones sin retorno hacia el exilio semántico-biográfico, pero la sociedad también está exiliada del sujeto, alienada de él. Lo *peculiar* del síntoma 'mental', su caracterización sorprendente de consecuencias individuales insólitas y trágicas es su *localización intersubjetiva* o *lingüística*. No solo tal localización intersubjetiva, sino la demolición de la función intersubjetiva o lingüística a que podemos reducir su caracterización:

El hecho es que los fenómenos conscientes no pueden tener existencia empírica sino bajo la forma de asociaciones entre representaciones de palabra. Su existencia es una existencia de lenguaje y no puede abordarse sino a partir de su objetivación como discurso. Y el discurso es siempre discurso de un sujeto (Braunstein, 1987: 73).

El sujeto pierde el discurso social pero no un (su) discurso. La desaparición inaudita o colapso del *hecho intersubjetivo*, la pérdida de la *función* del lenguaje que posibilita el hecho comunicativo y su metamorfosis en su contrario monstruoso, es decir, en canal, medio, vía de

constatación postcrítica de la pérdida de la comunicación, posibilidad misma y medio paradójico de la *in-comunicación*, canal o vía de transmisión de la patencia de la in-comunicabilidad dialéctica y de la 'pérdida del sentido' social. El discurso se ha desintegrado. La intersubjetividad se ha hecho patológica. Hemos situado tradicionalmente la 'mente' en el interior del sujeto, cuando todos los indicios y el seguimiento de efectos, legados y huellas nos indican *su definición como lenguaje*.

Cuando el enfermo 'mental' es diagnosticado, se diagnostica un *hecho social*: "¿O es que hay todavía quien necesita que se le recuerde que "es el ser social el que determina la conciencia" y no al revés?" (Braunstein, 1987: 71). La tragedia individual de eso 'mental' es un hecho social consistente en la decodificación semántica de 'lo mental' construido en un punto de la trama social (Linton, 1971; Basaglia, 1987; Devereux, 1973; López Araquistán, 2008; Rosen, 1974). Lo que existe a partir de ahí en el sujeto dividido en tanto exiliado semántico no es llamado 'mente', en rigor. Su trayectoria se aleja, traza una vía sin contexto, autística, sin receptor fuera de sí, 'fuera del surco' en el que se abre el mundo *de-mencial*. Perder el lenguaje, perder su función social, el hecho intersubjetivo, el 'otro', es decir, 'yo', ya que: "nos es dado lo real como nuestra realidad, como indisolublemente unida a mí."<sup>17</sup> Nótese que, en la intención de la cita de Bastide (1978) –*Vox Populi, Vox Dei*– está la conversión de la deíxis en autoridad. Tras el diagnóstico deviene una alienación secundaria o diagnóstica de la primaria o social: "Se ha convertido tristemente en norma aquello de que quien controla el discurso tiene el poder y lo ejerce (...) las formas de dominación cambian (...) la lógica sigue siendo la misma" (Reyes, 1994).

En el discurso acerca del problema nos alejamos siempre del sujeto, cosificado en parcialidades analíticas, en tanto el objeto de análisis es el sujeto involuntario del discurso que lo exilia. El exiliado semántico del discurso social es siempre exiliado, alienado y 'estructura ausente' del discurso epistémico: "*En este macabro intercambio de nombres se queda uno sin palabras: las palabras no articuladas ni articulables que registren el sufrimiento.*" (Reyes, 1994). Sobre lo no-codificado sobreviene la metaféresis útil, una metáfora cognitiva que le da al sujeto un *nombre*, y la metáfora está en *proceso* y realiza el tránsito al significado (Muñoz, 2006). El nombre nunca es elegido, ni siquiera el propio; sobre su autoridad se conduce la identidad (Reyes, 1994). El diagnóstico elige un nombre. A partir de esta aparente posición del establecimiento de lo discordante, todo es incierto y múltiple en relación con la presencia de lo mental alienado: la multiplicidad de perspectivas aproximativas a la aprehensión del objeto y la posibilidad misma de su aprehensión, la historia del objeto en su cronología teórico-histórica, el problema de la construcción e interpretación del discurso y su sentido social en relación con la definición de 'lo mental', la definición de 'lo mental' en su proceso vital histórico y su indefinición dispersa en múltiples denotaciones; el relativismo ontológico desde el que se torna confusa la regulación de la interpretación del sentido. Filosofía de la mente, problema psicofísico, semiótica, ontología, filosofía del lenguaje, teoría de la mente, etnopsiquiatría, lógica, inteligencia artificial son las formas que nos

---

<sup>17</sup> Son palabras de Ortega y Gasset para su curso de 1915: *Sistema de psicología*. "El hombre se encuentra siempre consigo en la realidad misma que las cosas manifiestan", añade Garagorri en *Introducción a Ortega* (1970: 55).

develan el alejamiento del objeto –el sujeto-, en tanto nos aproximan a otras muchas cuestiones. Al final, dice Foucault, siempre es el lenguaje: “*El lenguaje es la estructura primera y última de la locura*”, pero persiste para el análisis filosófico la pregunta ontológica esencial al respecto, bien expresada por este autor: “Queda pendiente una última cuestión: ¿en nombre de qué puede ser considerado delirio ese lenguaje fundamental?” (2002: 370-371), que hasta ahora solo hemos respondido con la autoridad social y diagnóstica.

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA). 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª edic. (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Bastide, R. 1978. *Sociología de las enfermedades mentales*, 4ª edic.. Bogota: Siglo XXI.
- Basaglia y otros. 1975. *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral.
- Belloch, A. B. Sandín y F. Ramos. 2000. *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Braunstein, N.A. 1987. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. Bogotá: Siglo XXI.
- Coate, M. 1975. *Más allá de la razón. Crónica de una experiencia personal de locura*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Devereux, G. 1973. *Ensayos de Etnopsiquiatría General*. Barcelona: Barral.
- Díez, C., A. Gálvez, M. Nieto, C. Vásquez. 2001. “Estudio del delirio desde una perspectiva cognitiva: una revisión de modelos teóricos.” *Psicopatología clínica, legal y forense*, vol. 1, n. 1, 51-65.
- Eco, U. 1972. *La estructura ausente. Introducción a la semiótica*. Barcelona: Lumen.
- Ey, H. 1978. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Flores, M. 2007. *La construcción cultural de la locura femenina en Costa Rica (1890-1910)*. San José, C. R.: EUCR.
- Foucault, M. 1978. *La arqueología del saber*, 5ª edic. Bogotá: Siglo XXI.
- Foucault, M. 2002. *Historia de la locura en la época clásica*, 2 vols. 2ª edic., 6ª reimpr. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. 2007. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: FCE.
- Freud, 2000. *El malestar en la cultura*. Madrid: Alianza.
- García-Albea, E. 1999. *Historia de la epilepsia*. Barcelona: Masson.
- Garrabé, J. 1996. *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. México, D.F.: FCE.
- Jaspers, K. 1975. *Psicopatología general*. Buenos Aires: Beta.
- Levinson, D.J. y E.B. Gallagher. 1971. *Sociología del enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- López Araquistán, L. 2008. *Teoría de la mente en la esquizofrenia*. *Informaciones psiquiátricas*, III trimestre , n. 193, 239-248.

- Marconi, J. 2000. "El delirio y sus estructuras psicopatológicas." *Revista chilena de neuropsiquiatría*, enero, vol. 38, n. 1, 37-43.
- Muñoz Gutiérrez, C. 2006. Semántica cognitiva. Modelos cognitivos y espacios mentales. A *Panta Rei*, enero, n. 43.
- Nubiola, J. 2000. "El valor cognitivo de las metáforas. Verdad, bien y belleza. Cuando los filósofos hablan de los valores." *Cuadernos del Anuario Filosófico*, n. 103, 73-84.
- Organización Mundial de la Salud. 1992. *Clasificación Internacional de las Enfermedades mentales*, 10ª edición. Madrid: Meditor.
- Pemack, D. y Woodruff, G. 1978. "Does the chimpanzee have a 'theory of mind'?" *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 4. 512-516.
- Piaget, J. 1971. *Naturaleza y métodos de la epistemología*. Buenos Aires: Proteo.
- Popper, K. R. 1997. *El cuerpo y la mente*. Barcelona: Paidós.
- Reyes, R. 1994. *Los papeles del silencio*. Madrid: Ediciones Libertarias.
- Rosen, G. 1974. *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Madrid: Alianza.
- Rubio Arribas, F.J. 2001. "El cuerpo angustiado. La palabra de un loco." *Nómadas*. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas de la Universidad Complutense de Madrid, Julio-diciembre, n.4.
- Rubio Arribas, F.J. 2004. "El día en que perdí la razón..." *Nómadas*, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas de la Universidad Complutense de Madrid, Julio-diciembre, n.10.
- Sanabria, J.R. 2007. *Hermenéutica profunda y análisis de la cultura*. San José, C.R.: EUCR.
- Vallejo, J. 1991. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Vásquez, C. 1993. "El concepto de conducta anormal" en *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, cap. 13. Barcelona: Salvat.
- Vásquez, C., C. Valiente y C. Díaz. 1999. "La evaluación del delirio desde los sistemas categoriales de la evaluación multidimensional." *Avances en evaluación psicológica*. Valencia: Promolibro.
- Zubiri, X. 1972-1973. "La dimensión histórica del ser humano." *Realitas*, I, 11-69.